



**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS?!**

**Presença de familiares durante procedimentos de reanimação  
em pediatria : a visão dos enfermeiros do serviço de urgência  
pediátrica**

**X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde**

**2014/16**

**Nome: Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira**

**Lisboa, setembro 2016**



**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

## **REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS?!**

**Presença de familiares durante procedimentos de reanimação  
em pediatria : a visão dos enfermeiros do serviço de urgência  
pediátrica**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do Grau de Mestre em Gestão da Saúde realizado sob a orientação científica do  
Professor Doutor Paulo Boto

**Lisboa, setembro 2016**

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

## **Agradecimentos**

A todos os enfermeiros que desempenham funções em serviços de urgência pediátrica do país, dedicando as suas vidas ao próximo, com todo o carinho e dedicação perante a difícil realidade que tão bem conheço e partilho dia após dia. Um agradecimento muito especial aos hospitais e respetivos profissionais de enfermagem que colaboraram com o estudo, pois, sem eles, nada disto teria sido possível.

Por fim, o maior dos agradecimentos a todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, incluindo familiares, amigos e professores, em particular o Professor Doutor Paulo Boto, que me orientou nos momentos de maior dificuldade. Sem o apoio, dedicação e horas de trabalho despendidas por todos, em prol desta causa, especialmente aqueles que me são mais próximos, o caminho percorrido seria ainda mais difícil e o resultado, seguramente, não seria o mesmo.

Muito, muito obrigado a todos por me terem permitido chegar até aqui!

## Resumo

Em instituições de saúde no contexto de pediatria, onde a presença dos pais é assumida por todos como favorável para a criança, tem-se questionado se a mesma, aquando procedimentos de reanimação cardiorrespiratória, é igualmente aceite.

Esta temática tem sido alvo de vários estudos ao longo das últimas décadas e continua a ser controversa nomeadamente em Portugal, onde a bibliografia é escassa.

No âmbito da qualidade em saúde, enquanto parte integrante da gestão da saúde, realizou-se uma dissertação de mestrado sobre a opinião de 131 enfermeiros a exercerem funções em 10 serviços de urgência pediátrica (SUP) de hospitais de Portugal Continental.

A investigação desenvolveu-se na base do método quantitativo, com recurso à análise descritiva e do conteúdo das respostas a um questionário validado para o efeito, de forma a perceber as implicações da presença dos pais durante a reanimação dos filhos. Embora ainda não seja assumida em todos os contextos, esta prática começa a verificar-se cada vez mais em Portugal, na base do seguimento das recomendações do *European Resuscitation Council* e do cumprimento do disposto na Lei n.º 15/2014.

Mesmo assim, os enfermeiros manifestam ainda bastantes preocupações, referindo sobretudo a possibilidade dos pais interferirem nos procedimentos. Contudo, ao mesmo tempo, identificam-se também benefícios, entre eles a diminuição da ansiedade dos pais, ao compreenderem tudo o que é feito pelos filhos. Em todo o caso, quando os procedimentos são desenvolvidos na presença dos acompanhantes, os enfermeiros descrevem maioritariamente experiências positivas.

Não obstante, para que tal seja possível, os SUP deverão investir na normalização de procedimentos e na criação de condições físicas/humanas, no sentido da otimização da qualidade dos cuidados prestados ao utente pediátrico em contexto de paragem cardiorrespiratória.

**Palavras-chave:** Presença dos pais; Reanimação Cardiorrespiratória; Pediatria; Enfermeiros.

## **Abstract**

*Parents' presence in healthcare institutions is generally seen as favorable for the pediatric patient; but now the question is: is it equally accepted during CPR procedures?*

*This issue has been the object of many studies for the past few decades and continues to be controversial, especially in Portugal, where there is only a few literature.*

*Concerning quality of healthcare, as an important part of health management, a master's degree dissertation was made on the opinions of a sample of 131 nurses, working in 10 pediatric emergency rooms in the Continental Portugal.*

*This investigation was based on a quantitative method, using a descriptive analysis of the results of a valid survey, in order to realize the implications of the parents' presence during their child CPR.*

*Although it is not yet assumed in all contexts, this practice is gradually more current in Portugal, based on European Resuscitation Council recommendations and the following determined by law (Lei 15/2014).*

*Nurses manifested many concerns, especially the possibility of parents interfering in such procedures, but at the same time, benefits are visible, such as decreased anxiety levels of the parents once they realize all the efforts invested in their child. This way, when the procedures occur in the presence of relatives, nurses mention basically positive experiences.*

*For this to become possible, pediatric emergency rooms should invest in procedures standardization and the gathering of physical / human conditions to optimize the quality of pediatric patient's healthcare in a CPR situation.*

*Key-Words: Presence of parents; Cardiopulmonary Resuscitation (CPR); Pediatric; Nurses.*

## Índice

<b>I – Introdução</b> .....	1
<b>II – Fundamentação Teórica</b> .....	5
<b>III – Metodologia</b> .....	19
3.1. Tipo de estudo .....	19
3.2. População/amostra .....	20
3.3. Tipo de instrumento de colheita de dados .....	22
3.3.1. Pré-teste .....	23
3.4. Procedimentos de recolha de dados .....	26
3.4.1. Aspetos financeiros, éticos e legais .....	27
3.5. Procedimentos de análise dos dados .....	29
<b>IV – Apresentação e Análise dos Dados</b> .....	35
4.1. Caracterização da amostra .....	35
4.2. Visão dos enfermeiros sobre a presença de familiares durante a RCRP .....	37
4.3. Preocupações e benefícios manifestados pelos Enfermeiros .....	42
<b>V – Discussão dos Resultados</b> .....	47
<b>VI – Conclusão</b> .....	57

## Referências Bibliográficas

### APÊNDICES

- Apêndice I – Autorização para utilização do questionário (Meeks, 2009);
- Apêndice II – Questionário – Pré-teste;
- Apêndice III – Questionário Final;
- Apêndice IV – Carta enviada aos Enfermeiros-Chefes;
- Apêndice V – Carta enviada às Comissões de Ética/Conselhos de Administração;
- Apêndice VI – Declaração de Confidencialidade;
- Apêndice VII – Impresso de Consentimento Informado;
- Apêndice VIII – Folhas de saída da análise estatística do IBM® SPSS® 22.0.

### ANEXOS

- Anexo I – Questionário original (Meeks, 2009).

## Lista de Quadros

Quadro 1 - Critérios de Inclusão/Exclusão dos artigos selecionados para análise .....	9
Quadro 2 – Síntese das evidências encontradas .....	10
Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão da amostra .....	21
Quadro 4 – Variáveis em estudo .....	29
Quadro 5 – Descrição das variáveis em estudo .....	30
Quadro 6 – Hipóteses relativas ao cruzamento de variáveis ...	31



## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Análise das variáveis idade e experiência profissional. ....	35
Tabela 2 – Tempo de Experiência Profissional num SUP.....	37
Tabela 3 – A presença de membros da família durante procedimentos de RCRP é um direito? .....	37
Tabela 4 – Relação entre a diferenciação profissional e o reconhecimento do direito a presenciar uma RCRP (tabulação cruzada).....	38
Tabela 5 – Direito a presenciar uma RCRP vs. Que familiares o devem fazer...	39
Tabela 6 – Os pais da criança devem ser autorizados a presenciar todas as fases da RCRP? .....	39
Tabela 7 – Se o seu filho estivesse a ser reanimado gostaria de estar presente? .....	40
Tabela 8 – Sente que a presença da família na RCRP pode interferir nos cuidados? .....	40
Tabela 9 – Ao ter os membros da família presentes os profissionais de saúde esforçam-se mais para reanimar uma criança? .....	41
Tabela 10 – Experiências anteriores com a presença da família durante uma RCRP.....	41
Tabela 11 – Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? E chegou a estar presente? .....	41
Tabela 12 – Resultado dos testes de Qui-quadrado / níveis de significância decorrentes da relação entre a experiência profissional dos enfermeiros num SUP e as V7, V12 e V16. ....	42
TABELA 13 – Preocupações manifestadas pelos enfermeiros relativamente à presença dos pais/familiares durante procedimentos de RCRP. ....	43
TABELA 14 – Benefícios identificados pelos enfermeiros decorrentes da presença dos pais/familiares durante procedimentos de RCRP. ....	45

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Género dos participantes .....	36
Gráfico 2 - Título profissional .....	36
Gráfico 3 - Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de RCRP? .....	38
Gráfico 4 - Em que momento da RCRP a família deve estar presente? ....	39

## Lista de abreviaturas

CMGS – Curso de Mestrado em Gestão da Saúde;

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde;

ERC – *European Resuscitation Council*;

GS – Gestão da Saúde;

PCR – Paragem Cardiorrespiratória;

RCR – Reanimação Cardiorrespiratória;

RCRP – Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences;

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica;

UP – Urgências Pediátricas.



## I – Introdução

No âmbito do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (CMGS), selecionou-se uma área e, dentro dela, um tema específico, com relevo para a sociedade e do ponto de vista da Gestão em Saúde (GS), no sentido de desenvolver uma dissertação de mestrado. Revelando os conhecimentos adquiridos, não só em termos de GS, mas também ao nível da investigação, a presente dissertação destina-se a ser submetida ao último momento de avaliação do referido curso, viabilizando a obtenção do grau académico de Mestre por parte do investigador.

Enquanto profissional de saúde, mais concretamente de enfermagem, em exercício de funções há cerca de dez anos num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um hospital central e de referência da zona da Grande Lisboa, o investigador fez uma breve introspeção sobre os temas mais debatidos no referido contexto laboral. Pretendia-se deste modo perceber em que medida seria possível, sem fugir àquela que tem sido uma área de interesse pessoal durante vários anos, mais concretamente a urgência/emergência médica, adequar o mais recente foco de interesse pela GS.

Procurou-se então o distanciamento de domínios mais usuais e, como tal, já muito trabalhados na referida área funcional, em busca de um tema menos explorado, não só a nível organizacional, como também no contexto nacional.

Enquanto responsável pela dinamização/formação na área da Reanimação Cardiorrespiratória (RCR), o investigador decidiu debruçar-se sobre um tema que tem ganho progressivo interesse ao longo dos últimos anos e que corresponde ao acompanhamento de utentes pediátricos em contexto de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) por parte dos seus pais/familiares.

Embora contemporâneo, este tema é ainda bastante polémico e as opiniões dos diferentes profissionais no seio de uma equipa multidisciplinar divergem, sendo os pais frequentemente convidados a aguardar fora da sala de reanimação quando uma criança é conduzida até esse local por necessidade expressa do seu estado de saúde.

Não obstante, existem já estudos que contrariam esta ideia, pelo que se pretende analisar a situação à luz da melhor evidência científica e, dando um passo em frente, partir para a investigação da mesma na realidade portuguesa.

De referir que, são muitas as revisões sistemáticas da literatura e outras fundamentações teóricas realizadas na área, estando disponíveis para consulta em

diversas bases de dados e outros repositórios nacionais e internacionais. Contudo, em Portugal, investigações com o rigor metodológico e científico que um trabalho de campo exige, na área específica da pediatria, são praticamente inexistentes.

Tratando-se este de um tema relativamente difícil de analisar, especialmente no contexto nacional português, dado o carácter pioneiro do trabalho e tendo em conta o reduzido horizonte temporal estipulado, optou-se por iniciar a abordagem do mesmo junto de profissionais pertencentes à classe de enfermagem.

Nesse sentido, a presente dissertação tem como objetivo geral:

- ✓ **Conhecer a perspetiva dos enfermeiros do SUP relativamente à presença de familiares durante procedimentos de RCR.**

Com este trabalho, pretende-se assim investigar a perspetiva dos enfermeiros, tendo por base a opinião dos mesmos sobre o tema em estudo e as respetivas práticas decorrentes da sua experiência profissional. Desta forma, espera-se criar evidência científica capaz de promover a discussão, visando a eventual alteração de comportamentos com a implementação de procedimentos adequados e atualizados em instituições de saúde, no âmbito do acompanhamento de crianças em PCR. Tudo isto, no sentido da otimização da qualidade dos cuidados prestados ao utente pediátrico como um todo, cujo conceito envolve não só a criança, mas também os pais/familiares de referência que a acompanharam ao hospital.

Partindo do objetivo geral do estudo, foi formulada a seguinte questão de investigação, enquanto fio condutor da presente dissertação:

- ✓ **Na perspetiva dos enfermeiros do SUP, será benéfica a presença dos pais/familiares durante procedimentos de RCR no contexto de um SUP?**

Responder a esta pergunta implica conhecer todos os fatores associados à problemática em causa e os novos estudos realizados na área, dos quais se pretende que este trabalho venha a fazer parte futuramente. Só assim se poderá contribuir efetivamente para o enriquecimento científico e para a desejável mudança de hábitos, sustentando o desenvolvimento de novas práticas compatíveis com as mais recentes investigações.

Para dar resposta ao objetivo geral e respetiva questão de partida, promovendo o melhor estudo das diversas dimensões que a problemática inerente ao acompanhamento de utentes pediátricos em PCR envolve, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- 1. Identificar se os enfermeiros do SUP reconhecem o direito ao acompanhamento de crianças em contexto de PCR;**

- 2. Verificar se o direito ao acompanhamento de Crianças em PCR é considerado válido pelos enfermeiros durante todos os procedimentos a serem realizados;**
- 3. Perceber se, para os enfermeiros, a presença dos pais/familiares em contexto de RCR pode interferir com os cuidados prestados;**
- 4. Avaliar a perceção da temática estudada em enfermeiros com diferentes níveis de diferenciação/experiência profissional na área da urgência pediátrica;**
- 5. Identificar, tendo por base a experiência passada dos enfermeiros do SUP, se a presença de familiares em contexto de RCR é uma realidade e se esta se tem revelado uma experiência positiva ou negativa;**
- 6. Analisar, na perspetiva dos enfermeiros do SUP, os principais benefícios e preocupações pelo facto dos pais/familiares presenciarem os procedimentos de Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica (RCRP).**

Perante os objetivos estipulados, a presente investigação ganhou forma, na sua vertente de trabalho de campo, através da aplicação de um questionário aos enfermeiros a exercerem funções em SUP de diferentes hospitais de Portugal Continental.

Para tal, teve-se por base um questionário utilizado por uma Enfermeira, Reylon Meeks, num estudo que realizou em 2009, traduzindo a experiência relativa ao acompanhamento de crianças em PCR num hospital Norte-Americano.

Este será portanto um estudo exploratório, transversal, analítico e descritivo de modo a atingir cada um dos objetivos específicos e, por conseguinte, obter a melhor resposta para a questão de investigação apresentada.

Estruturalmente, a dissertação será composta por seis capítulos. Após o presente capítulo introdutório, seguir-se-á outro no qual será elaborado um pequeno resumo analítico-descritivo, na forma de uma revisão sistemática da literatura, enquanto metodologia inicial selecionada para consubstanciar todo o trabalho. Nesse segundo capítulo, serão expostos os contributos dos diferentes autores que já trabalharam o tema em estudo, de forma sintética e capaz de traduzir a pertinência do mesmo perante os objetivos previamente estipulados.

Passando para a parte mais prática do trabalho, no terceiro capítulo será criteriosamente descrita a metodologia utilizada na investigação. Inserido neste capítulo, destaca-se a descrição do processo de validação a que o questionário foi sujeito, perante a necessidade de alteração de parte do seu conteúdo original e ainda os preceitos ético-

legais tidos em conta ao longo de todo o trabalho de investigação. De referir que a confidencialidade será um dos pontos-chave da presente dissertação e nem as instituições nem a identificação dos participantes serão, em momento algum, reveladas.

No quarto capítulo, estando na posse dos dados recolhidos, serão apresentados os respetivos resultados em termos da análise estatística descritiva e estabelecidas algumas referências cruzadas entre as variáveis estudadas. A par disto, será ainda analisado o conteúdo das respostas abertas presentes no questionário, segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004).

Passando para o quinto capítulo, serão discutidos os resultados e mencionadas as limitações vividas ao longo de todo o trabalho, abrindo caminho para o sexto e último capítulo, onde serão tecidas as devidas conclusões decorrentes da investigação, estabelecendo inclusivamente algumas recomendações e perspetivas para o futuro.

Pretende-se que esta dissertação seja um importante contributo, nomeadamente para os serviços hospitalares cujos enfermeiros colaboraram com as suas respostas, no sentido da melhoria dos cuidados prestados ao utente pediátrico, como um todo, nomeadamente em situação de PCR.

Por fim, antes de partir para a fundamentação teórica que se segue e para um melhor enquadramento de todo o trabalho, importa mencionar os termos que se destacam no mesmo, enquanto palavras-chave a reter e que são os seguintes: Perspetiva dos enfermeiros; Presença dos pais; Reanimação Cardiorrespiratória e Pediatria.



## II – Fundamentação Teórica

No âmbito do exercício profissional de enfermagem em contexto de urgência/emergência pediátrica, surgem, por vezes, situações de utentes, como lactentes, crianças ou adolescentes, acompanhados pelos seus pais ou familiares mais próximos, em PCR, sendo necessário iniciar procedimentos de RCR.

Reconhecendo a importância dos cuidados numa perspetiva holística, é fundamental englobar a família em todo o processo de cuidar e identificá-la como uma constante na vida da criança (Hockenberry, 2006).

Investigadores por todo o mundo reconhecem inclusivamente que o conceito de cuidado centrado no utente e na família, bem como o sentido de núcleo familiar têm evoluído muito nas últimas décadas. Estas ideologias têm sido progressivamente respeitadas nomeadamente nas instituições de saúde e, como tal, os profissionais de saúde incluem, cada vez mais, os familiares na prestação de cuidados aos utentes (Hung; Pang, 2011; Ferreira *et al.*, 2014).

Jolley e Shields (2009) interpretam ainda a família, sobretudo em contexto pediátrico, como parte integrante do utente e, como tal, com necessidade de apoio específico e permanente. O acompanhamento de um utente pediátrico no seu percurso a nível hospitalar é inclusivamente reconhecido como um direito e os diferentes membros da família devem não só ser estimulados a usufruir dele, como também a cuidarem ativamente dos seus familiares mais dependentes, quando estes necessitem.

Não obstante, ao vivenciar uma situação de PCR de um familiar e, sobretudo, de uma criança, a componente emocional de quem a acompanha é imensamente forte, podendo os sentimentos influenciar os comportamentos a ponto de interferir com os cuidados prestados, no caso de não existir o supramencionado apoio de um profissional de saúde (Ferreira *et al.*, 2014).

Durante muitos anos, as famílias foram sendo sistematicamente excluídas da sala de reanimação aquando a realização de procedimentos invasivos e, sobretudo, durante procedimentos de RCR (Egging *et al.*, 2011; Nishisaki; Diekema, 2011).

Contudo, reconhecendo que a família é “uma constante na vida da criança, e que o modelo dos cuidados centrados na família deve ser realizado em todos os níveis de cuidados, torna-se necessário também ampliar o olhar para esse modo de cuidar no ambiente de emergência” (Mekitarian, 2013, p.17).

Historicamente, a problemática do acompanhamento em pediatria não é nova. Já nos anos 80 se começou a utilizar, em termos de literatura médica, o conceito – a presença dos pais – em estudos sobre a ansiedade e capacidade dos mesmos para confortarem os filhos perante determinados procedimentos (Shaw; Routh, 1982; Gross *et al.*, 1983; Algren, 1985; Nishisaki; Diekema, 2011).

Nessa altura, surgiram alguns relatórios e opiniões sobre a importância do envolvimento da família durante situações de RCR, tendo sido mencionado pela primeira vez nos serviços de urgência (Doyle *et al.*, 1987; American Association of Critical-Care Nurses, 2016).

Posteriormente, nos anos 90, foram implementados questionários e realizadas investigações direcionadas a familiares e pessoal médico envolvido nestas situações, o que, em termos de investigação, revela uma grande evolução. Isto porque, a presença de familiares durante a realização de procedimentos invasivos era praticamente proibida por muitas pessoas influentes, nomeadamente no exercício profissional da medicina (Meyers *et al.*, 2000; Eichhorn *et al.*, 2001; Ferreira, 2011).

Segundo Perry (2009), já no ano 1996, o *Resuscitation Council UK* publicou um relatório sobre a presença dos familiares durante procedimentos de RCR, onde concluiu que deveria ser dada a oportunidade destes presenciarem o referido processo com o respetivo apoio da equipa de saúde.

Esta questão tem continuado a ser alvo de interesse ao longo dos tempos, nomeadamente por parte das entidades com responsabilidades na área, sendo que, mais recentemente, houve necessidade de se realizarem estudos direcionados para três grupos de forma diferenciada: familiares, profissionais de saúde e utentes (Meyers *et al.*, 2000; Eichhorn *et al.*, 2001).

Com o passar dos anos, na América, a presença dos pais em sala de reanimação, que era algo praticamente proibido, começou a ser efetuada, independentemente de ser fortemente criticada numa fase inicial. Posteriormente, a nível Europeu, as práticas acabaram por ir também ao encontro dessa ideologia, abrindo as portas das salas de reanimação aos pais, que assim passaram a poder presenciar os procedimentos realizados, mediante a disponibilidade das instituições e dos seus profissionais (Meeks, 2009; Ferreira, 2011; Mekitarian, 2013).

No que respeita ao domínio legal português, surgiu a necessidade de existir uma regulamentação na legislação sobre o acompanhamento dos utentes, nomeadamente pediátricos, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), mais concretamente no contexto de um serviço de urgência. Isto aconteceu a 14 de Julho de 2009, ao ser redigida a Lei n.º

33/2009 de 14 de julho, que, mais recentemente, foi reeditada na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, a qual estabelece/compila os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde.

A este nível, de acordo com o Artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, “nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço”. Para além disto, de acordo com a mesma Lei, “a criança com idade até aos 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua”.

Não obstante, pela prática clínica desenvolvida dia após dia e pela evidência científica a que se teve acesso, a permanência dos pais junto do seu filho em situação de RCR constitui-se ainda como uma questão problemática e de discussão controversa. O próprio facto de existirem sociedades onde é praticada esta modalidade de cuidados, não impede que se continuem a gerar discussões entre profissionais de saúde (Fulbrook; Albarran; Latour, 2005; Mekitarian; Ângelo, 2015).

Por sua vez, do ponto de vista dos familiares, atualmente, em algumas sociedades ocidentais, muitos pais preferem estar presentes durante os procedimentos de RCR dos seus filhos, observando a tentativa de reanimação (González; Tomás; Etxaniz, 2010; Egging *et.al.*, 2011; Reis, 2015).

Da mesma forma, quando os procedimentos não são bem-sucedidos, o facto de estarem presentes no momento do óbito, permite aos familiares uma melhor adaptação ao processo de luto (Biarent *et al.*, 2010; Mekitarian, 2013).

Meeks (2009) acrescenta ainda que a globalidade da população é a favor da ideia de permanecer junto de um familiar durante a realização de procedimentos invasivos, onde se inclui a RCR. A maioria das pessoas, mesmo em caso de morte, revela inclusivamente sentimentos de gratidão, pelo facto de terem podido estar junto dos seus entes queridos durante os últimos minutos de vida destes.

Referindo-se especificamente aos pais de crianças em PCR, Maxton (2008) elaborou um estudo onde, providenciando aos mesmos o conhecimento necessário para decidir estar presentes ou ausentes durante a RCR dos filhos numa unidade de cuidados intensivos, veio a confirmar a necessidade destes poderem fazer parte dessa situação. Percebeu-se assim o quão importante é dar aos pais a possibilidade de escolherem acompanhar, ou não, os seus filhos durante procedimentos de reanimação, desde que conscientes dos benefícios e implicações de tal atitude para os próprios e para todos os intervenientes no processo. Presenciar a reanimação de uma criança, ajuda os pais a

compreendê-la melhor e a constatar que tudo é feito para a salvar, reduzindo os sentimentos de incerteza e a ansiedade.

Maxton (2008), no seu estudo, acrescentou ainda que a memória da vivência da reanimação, para os pais, não foi duradoura ou traumática, mesmo nos casos em que a criança faleceu, em contraste com os pais que não estiveram presentes nos procedimentos de reanimação dos próprios filhos, que ficaram mais angustiados.

A mesma ideia é defendida por Brown (2008), ao referir-se aos pais de crianças com doenças crônicas, os quais habitualmente desejam assistir a todos os procedimentos que envolvam os seus filhos, ao constatar que estes não reportam a experiência de presenciar uma RCRP como traumática.

Ainda assim, será importante que os pais que optem por acompanhar de perto os procedimentos, tenham conhecimento da possibilidade de sair no decorrer dos mesmos, podendo sempre regressar quando o desejarem. Da mesma forma, a estes pais devem ser dadas explicações sucintas quando solicitadas ou as mesmas se revelem necessárias. Isto porque, entre muitos sentimentos que os dominam, impera o receio em ficarem longe dos seus filhos, nomeadamente num momento em que estes correm risco de vida (Maxton, 2008; Reis, 2015).

Segundo as *European Resuscitation Council (ERC) Guidelines for Resuscitation* emanadas em 2010, em unidades de pediatria, a presença dos pais em sala de reanimação é permitida e desejável, desde que haja um membro da equipa disponível para lhes explicar o processo e ao mesmo tempo garantir que estes não interferem nos cuidados. Ainda assim, quem decide o tratamento e o término da reanimação é o líder da equipa e não os pais, pelo que, se a presença dos mesmos vier a interferir com os procedimentos de reanimação, eles devem ser convidados a sair da sala de forma afável (Biarent *et al.*, 2010).

As mais recentes *Guidelines*, também redigidas pelo ERC, devidamente atualizadas e recentemente publicadas no final do ano 2015, reafirmam que estar presente durante uma tentativa de reanimação, respeitando as diferenças culturais e sociais, deve ser um tema compreendido e apreciado com sensibilidade, sem contudo negar aquilo que já em 2010 havia sido mencionado. Esta nova versão do algoritmo de RCR acrescenta contudo um novo conceito, ao frisar que discussões e decisões de não reanimar, aquando da presença de familiares, devem ser especificamente tratadas, com a sensibilidade que cada situação exige (Monsieurs *et al.*, 2015).

A presente dissertação pretende estudar toda esta problemática, na ótica dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros a desempenhar funções

em UP. Para melhor entender todo o envolvente desta questão, decidiu-se iniciar a investigação pela realização de uma breve revisão sistemática da literatura que será apresentada de seguida.

Com o intuito de apurar o máximo de bibliografia para a fundamentação do trabalho, foram realizadas diversas pesquisas de informação sobre o tema em bases de dados científicas, com bibliografia mundial atualizada e credível, disponível através do motor de busca EBSCO HOST e preferencialmente nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with Full Text; CINAHL Plus with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Central Register Of Controlled Trials; Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive; ERIC; Nursing Reference Center; MedicLatina e Academic Search Complete.*

De modo a facilitar a pesquisa nas páginas *web* das bases de dados acima referidas, foram utilizados descritores validados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), entre eles: Serviço Hospitalar de Emergência; Pediatria; Pais; Ressuscitação.

Para a seleção e análise dos estudos foi necessário ter em conta os critérios de inclusão/exclusão definidos no quadro 1, sendo que, os estudos a incluir foram trabalhos empíricos, enquanto fontes primárias com objetivos claramente definidos e conclusões pertinentes, capazes de contribuir para a formulação da resposta à questão de investigação previamente colocada.

De forma a compreender melhor todo o problema, decidiu-se não cingir a pesquisa efetuada a investigações desenvolvidas unicamente junto de enfermeiros, pois considerou-se que isso poderia limitar demasiado o número de estudos disponíveis e, como tal, comprometer a aquisição de conhecimentos.

**Quadro 1 - Critérios de Inclusão/Exclusão dos artigos selecionados para análise**

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<b>Participantes</b>	Profissionais de saúde.	Utentes; Famíliares de utentes em PCR.
<b>Intervenção</b>	Presença dos pais em contexto de RCRP.	
<b>Contexto do Estudo</b>	Estudos realizados em contexto de serviços hospitalares do departamento de urgência/emergência pediátrica.	
<b>Desenho do estudo</b>	Abordagem qualitativa ou quantitativa. Triangulação metodológica.	

No primeiro momento em que foi realizada a pesquisa, obteve-se um total de 9291 estudos científicos. Limitando a pesquisa à data de publicação, no espaço temporal entre 2009 e 2015, ou seja, os últimos 6 anos, foram delimitados 3583 artigos, sendo que destes, após a leitura dos títulos acabaram por ser excluídos 3564 artigos. Com este procedimento a amostra ficou reduzida a 19 estudos. Após a leitura e análise mais

pormenorizada dos mesmos, excluíram-se 11 estudos, visto os resultados não serem adequados aos objetivos da investigação. Dos 8 artigos restantes, aplicando os critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se um total de 4 artigos para análise.

Após explorar detalhadamente cada um dos documentos selecionados, construiu-se um quadro facilitador da leitura dos mesmos. No quadro 2, será apresentada a evidência empírica, estando a mesma exposta por ordem cronológica. Nela constará o tipo de publicação/comunicação, o tipo de estudo e respetivo instrumento de colheita de dados, os participantes/amostra e os objetivos gerais de cada documento, bem como as suas principais conclusões.

De referir que, posteriormente, será analisado e discutido cada um dos 4 artigos selecionados, complementando a informação, sempre que oportuno, com outra evidência de relevo científico, tanto de artigos/fontes primárias, como de revisões da literatura igualmente concebidas para discutir o tema em questão. Será ainda mencionado outro documento, enquanto literatura cinzenta considerada útil para esta investigação, tratando-se este também de uma dissertação de mestrado realizada no contexto de um SUP de um hospital brasileiro e que terá sido a base para a construção de um dos artigos selecionados.

**Quadro 2 – Síntese das evidências encontradas**

<b>Autor; Ano; Tipo de artigo; País</b>	<b>Tipo de estudo; Instrumento de colheita de dados</b>	<b>Participantes; Amostra</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>Principais conclusões</b>
<b>Título: Parental Presence in Pediatric Trauma Resuscitation: One Hospital's Experience</b>				
Meeks R. (2009) <i>Pediatric Nursing; USA</i>	Método quantitativo; Questionário (Pediatric Trauma Resuscitation).	n=124 Profissionais de saúde do Departamento de Emergência Pediátrica do Blank Children's Hospital.	Saber qual a opinião dos profissionais de saúde sobre a presença das famílias durante procedimentos de RCR. Perceção dos sentimentos das mesmas por parte dos profissionais de saúde.	As famílias entram cada vez mais para a sala de reanimação. Fornecendo os suportes adequados à presença da família durante procedimentos de RCR esta pode ser benéfica para todas as partes envolvidas. Ainda assim, a presença da família não é ainda assumida em todos os contextos. É necessária uma mudança nas instituições em termos dos cuidados centrados na família.
<b>Título: Support for parents witnessing resuscitation: nurse perspectives.</b>				
Perry, S. (2009) <i>Pediatric Nursing UK</i>	Estudo quantitativo. Questionário estruturado com perguntas abertas.	n=32 Enfermeiros que prestam cuidados em três áreas do departamento de urgência de um hospital pediátrico.	Identificar o conhecimento e experiência dos enfermeiros que trabalham em pediatria em relação à presença dos pais na RCR dos filhos.	A falta de treino da equipa deve ser colmatada por meio de recomendações aos enfermeiros no sentido de melhorar os cuidados aos pais que assistem à reanimação da criança.

<b>Título:</b> Parental Presence During Pediatric Resuscitation: The use of Simulation Training for Cardiac Intensive Care Nurses				
Pye S.; Kane J.; Jones A. (2010) <i>Journal for Specialist in Pediatric Nursing</i> USA	Estudo qualitativo longitudinal com recurso a filme (avaliação de uma experiência simulada) Ano 2008 (duração de um ano).	n=64 Profissionais de saúde de uma unidade de cuidados intensivos cardíacos pediátricos.	Refletir sobre o desempenho da equipa nos procedimentos de RCR filmados, sentimentos vivenciados e pontos a melhorar em cuidados futuros.	As simulações de treino são uma técnica eficaz para aumentar o conforto pessoal e a comunicação dos profissionais de saúde com as famílias de crianças em PCR, levando a equipa a ter uma melhor compreensão da perspectiva dos pais. Necessidade de formação aos profissionais no acompanhamento aos pais.
<b>Título:</b> A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças dos pais e profissionais de saúde.				
Mekitarian, F.; Ângelo, M. (2015) Revista Paulista de Pediatria BRASIL	Estudo transversal com abordagem quantitativa. Questionário.	n=46 Profissionais de saúde de um serviço de Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário de São Paulo (equipa médica e de enfermagem).	Conhecer as opiniões de profissionais de saúde em relação à presença de familiares durante procedimentos prestados em contexto de sala de emergência.	Os profissionais de saúde manifestam diferentes percepções sobre a sua experiência. A equipa médica e os profissionais com menor tempo de formação foram mais favoráveis à presença de familiares durante procedimentos invasivos. Por sua vez, outros profissionais temem a presença dos familiares, nomeadamente durante procedimentos com maior grau de complexidade, por considerarem que esta interfere com os cuidados e não têm tempo para os apoiar. Para permitir às famílias presenciarem procedimentos de emergência em todos os contextos, é necessário sensibilizar e formar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e profissionais com mais anos de experiência.

Associando a análise dos estudos supramencionados a outros que foram igualmente consultados para uma melhor contextualização do problema identificado, é perceptível que o mesmo carece ainda de muito trabalho e investimento por parte das equipas de saúde. Tudo isto, no sentido de otimizar procedimentos e ir de encontro às próprias recomendações implícitas nas últimas *Guidelines* de reanimação do ERC, tal como já referido por Biarent *et al.* (2010) e Monsieus *et al.* (2015).

Partindo então para a discussão dos artigos seleccionados, no primeiro, Meeks (2009) pretendia saber qual a opinião dos profissionais de saúde do departamento de Emergência Pediátrica do *Blank Children's Hospital* (124 profissionais no total) sobre a presença das famílias durante procedimentos de reanimação em contexto de trauma pediátrico. Não sendo uma prática comum durante muitos anos, ao longo dos quais os

pais esperavam notícias num local privado ou mesmo à porta da sala de reanimação, a sua presença durante os procedimentos de RCRP passou a ser progressivamente aceite e estes começaram a entrar cada vez mais para as salas de reanimação, sobretudo aquando da eminência da morte da criança, permitindo-lhes despedirem-se e iniciarem o seu luto.

A autora pretendia assim estudar a percepção dos sentimentos dos familiares por parte dos profissionais de saúde, tendo constatado que, ao ser fornecido o suporte adequado para os mesmos assistirem aos procedimentos de RCRP, a sua presença começava a tornar-se numa experiência benéfica, registando-se gradualmente uma mudança nas mentalidades dos próprios profissionais e respetiva instituição de saúde, relativamente aos cuidados centrados na família.

Com a mesma preocupação, Perry (2009), autor do segundo estudo apresentado, que se reportou especificamente à perspetiva dos enfermeiros da área da pediatria sobre a mesma problemática, concluiu igualmente que, quando reunidas as condições para permitir a presença dos familiares no local onde a reanimação decorre, são grandes os benefícios para a criança e família.

Assim, na ótica dos enfermeiros, indo de encontro ao que havia já sido referido anteriormente, a presença da família pode ser vantajosa, na medida em que, os pais, ao presenciarem a RCRP, podem observar todos os procedimentos efetuados à criança, constatando todos os esforços realizados para a sua recuperação. Tudo isto, ao mesmo tempo que, em caso de morte da criança, podem tocar e falar com ela nos seus últimos momentos de vida, ou mesmo depois de atestado o óbito, quando esta ainda apresenta a temperatura corporal mantida, enquanto último sinal de vida, o que facilita o início do processo de luto (Perry, 2009; Twibell *et al.*, 2008; Vaz; Alves; Ramos, 2016).

No entanto, para que tal fosse possível, nomeadamente na realidade do hospital em que Meeks (2009) desenvolveu a sua investigação, foram necessárias várias etapas para a criação de diretrizes, pois de início eram muitos os receios e entraves colocados à presença dos pais na sala de reanimação. Estas barreiras foram colocadas por alguns profissionais de saúde mais diferenciados, sobretudo do âmbito cirúrgico, apontando como principais preocupações os riscos de litígio, a intromissão dos pais em procedimentos e o nível de conforto dos profissionais de saúde. Todavia, nesse mesmo hospital, cerca de 92% dos profissionais, nomeadamente enfermeiros, mostraram-se a favor da presença dos pais em sala de reanimação, pelo que as práticas foram sendo modificadas com o tempo.



Perry (2009) acrescenta ainda que a presença dos pais é importante do ponto de vista da enfermagem, uma vez que, quando disponíveis profissionais desta categoria, são eles que podem desenvolver com os mesmos uma relação de suporte e confiança capaz de os ajudar tanto no processo de recuperação como de luto, qualquer que seja o desfecho da RCRP.

Reforçando esta ideia, para Maxton (2008) é essencial a criação de um ambiente de suporte facilitador do cuidado centrado na família, para o qual são fundamentais competências que, ao longo dos tempos, têm sido demonstradas pela classe profissional de enfermagem.

Não obstante, há autores que mencionam alguns fatores que podem afetar a percepção da problemática em causa, mesmo no seio das próprias equipas de enfermagem.

De acordo com Fulbrook, Albarran e Latour (2007), existe uma grande diferenciação entre os enfermeiros que trabalham em serviços do departamento de urgência/emergência, teoricamente mais habituados a intervenções em PCR, e os que trabalham noutras áreas. Os primeiros, dado a sua experiência, não apresentam tantos receios, tornando-se menos relevante a influência da presença dos pais. Por sua vez, quanto aos enfermeiros que trabalham em serviços com doentes ditos “não-críticos”, ao estarem menos habituados a situações de PCR, desenvolvem mais receios que os levam a temer a presença dos familiares nos referidos procedimentos invasivos do domínio do *life-saving*.

Quanto à experiência profissional, em termos de anos de serviço, para Fulbrook, Albarran e Latour (2005) e Twibell *et al.* (2008), não existe qualquer relação entre os anos de exercício profissional dos enfermeiros e a opinião dos mesmos quanto à presença de familiares nos procedimentos de RCR.

Contudo, mais recentemente, Mekitarian e Ângelo (2015) desenvolveram um estudo com profissionais médicos e de enfermagem de um SUP no Brasil, através do qual, relativamente à influência do grau de diferenciação e anos de serviço dos profissionais, acabaram por contrariar o descrito nos estudos acima mencionados. Estas autoras concluíram que a equipa médica e os profissionais com menos anos de profissão são mais recetivos à presença de familiares em contexto de sala de reanimação. Para além disto, enquanto a equipa médica revelou igual nível de concordância com a presença das famílias no contexto descrito, independentemente do tipo de cuidados prestados, os enfermeiros, por sua vez, em procedimentos simples manifestam-se a favor, enquanto noutros mais complexos, como é o caso da RCR, revelam não sentir à vontade com a presença de familiares.

Mesmo assim, nesta temática é necessário ter alguma moderação na generalização dos resultados, pois cada sociedade é diferente e, no caso específico do estudo de Mekitarian e Ângelo (2015), este foi desenvolvido num hospital universitário “onde se espera que os profissionais estejam atualizados e habilitados para a execução de procedimentos invasivos e de ressuscitação” (Reis, 2015, p.378).

Voltando à classe profissional de enfermagem, Perry (2009), por seu lado, salientou que os enfermeiros, independentemente do tempo de experiência profissional, relataram, de forma global, falta de formação e de conhecimentos na área da RCR, sentindo deste modo um aumento de *stress* numa reanimação testemunhada por familiares de uma criança em PCR.

Egemen (2006) e Mekitarian (2013) descrevem mesmo algum receio, por parte dos enfermeiros, que os familiares interpretem mal os procedimentos realizados, condicionando as práticas desenvolvidas, ou mesmo percam o controlo emocional, interferindo nos cuidados.

Em todo o caso, dado o facto de nem todos os profissionais terem o mesmo nível de formação de base e a respetiva experiência na área, tanto em termos de anos de serviço, como de locais onde os mesmos desempenham funções, é necessário proceder à formação destes para que desenvolvam competências capazes de colmatar a falta de treino das equipas (Vaz; Alves; Ramos, 2016).

Mekitarian e Ângelo (2015, p. 460) reconhecem mesmo que “para permitir a presença da família em sala de emergência, é necessário sensibilizar profissionais de saúde, especialmente a equipa de enfermagem e os profissionais formados há mais tempo, que são os mais resistentes em permitir que a família fique ao lado da criança durante o atendimento de emergência”.

Segundo Perry (2009), o *Royal College of Nursing* recomendou que os profissionais de saúde fossem treinados adequadamente não só em RCR, como também na prestação de apoio aos familiares, de modo a que profissionais diferenciados na área pudessem estar mais próximos da família aquando de uma inesperada situação de PCR.

Para melhorar a prática e a confiança dos profissionais no contexto de RCR, Pye, Kane e Jones (2010), conduziram uma investigação, testando o treino simulado como método de adquirir competências e preparar os profissionais de saúde para diferentes contextos clínicos. Para além do desenvolvimento de competências técnicas, o treino simulado permite ainda proceder à prática da RCR na presença de familiares, quando usados figurantes preparados para tal, fazendo com que os profissionais se preparem devidamente para este facto durante a RCR real de uma criança. Deste modo, os

profissionais conseguem ter noção dos sentimentos vividos pelos familiares, promovendo uma maior empatia e aumentando o seu próprio nível de conforto durante a prestação de cuidados.

Posto isto, o método utilizado em termos de aprendizagem mostrou-se mais eficiente do que outras formas tradicionais de ensino, na medida em que, após cada sessão de treino simulado, se pressupõe a realização de um *debriefing* por parte dos participantes, proporcionando um ambiente de partilha fortemente educacional com vista a melhorar procedimentos futuros. Isto pode levar inclusivamente à inserção, em contexto de reanimação, de um profissional disponível apenas para lidar com os familiares (Pye; Kane; Jones, 2010).

Porém, de acordo com Perry (2009), quando não existem profissionais para interagir diretamente com os pais das crianças em PCR, as desvantagens da presença destes durante a RCR dos filhos, tornam-se mais relevantes. A ausência de um suporte emocional especializado e da respetiva explicação dos procedimentos a desenvolver, poderá ser prejudicial, aumentando a ansiedade e o sofrimento da própria família.

Citando Cunha, Ferreira e Rodrigues (2010), há que ter em consideração que a maioria da população não tem conhecimentos suficientes na área da saúde a ponto de compreender todo o processo de RCR, o que faz com que seja questionável se é correto ter uma pessoa, dita “leiga” na área, a observar procedimentos complexos realizados ao seu familiar, procedimentos esses que podem ser mal entendidos.

Perry (2009), no seu estudo, realça ainda outra condicionante à presença dos pais, que se prende com o próprio espaço físico onde a reanimação dos filhos decorre, dado que muitas vezes o espaço se torna pequeno, tendo em conta a especificidade dos procedimentos e o número de profissionais que a ele acorre, o que, só por si, pode inviabilizar a presença dos familiares.

Depois de analisadas algumas das condicionantes inerentes à presença de pais/familiares em contexto de sala de reanimação, nomeadamente no que confere à realidade portuguesa, toda esta problemática vê-se ainda agravada pela leitura integral da própria legislação que começou por ser citada no início deste capítulo. Retornando ao contexto legal português, mais concretamente ao artigo 14.º da Lei n.º 15/2014, complementando o que houvera já sido referido anteriormente, no âmbito do direito de acompanhamento de familiares em instituições do SNS: “não é permitido acompanhar ou assistir a (...) tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável”.

Esta disposição legal leva qualquer cidadão, profissional de saúde ou não, a refletir e questionar inclusivamente até que ponto é legítimo dizer *a priori* se os pais interferem nos procedimentos de RCR dos filhos quando presentes numa sala de reanimação. Não será mais correto deixá-los escolher presenciar ou não a realização de procedimentos invasivos aos filhos? Que tipo de procedimentos devem ser enquadrados na leitura do mencionado artigo da Lei n.º 15/2014 e interpretados como invasivos ao ponto de ser necessário barrar a presença aos familiares? Qual o significado da eficácia e correção descritas no artigo para poder interpretar legitimamente se estas são afetadas na prática?

Estas são apenas algumas das questões que se levantam ao pensar neste assunto, sendo que muitas outras podiam ser feitas, ao cruzar a realidade com a evidência e ainda com a legislação que a todos cumple respeitar. Para além disto, tal como refere Mekitarian (2013, p. 35), “o tema em questão é cercado de mitos, e tanto os profissionais como as famílias tomam decisões baseadas nas suas próprias crenças”.

Ainda assim, na prática, o facto de impedir os pais de presenciarem procedimentos invasivos realizados aos filhos, onde se inclui a RCRP, segundo Mekitarian (2013, p. 17), “trata-se provavelmente de uma decisão tomada pela equipa multiprofissional, ao acreditar que a presença da família pode ser negativa para um atendimento seguro e sem interrupções”. Posto isto, importa perceber as crenças e respetivas opiniões dos profissionais de saúde que acabam por se repercutir nas decisões/atitudes que estes tomam, durante a sua prática clínica, as quais irão ser estudadas por meio da presente dissertação.

Não obstante, reafirmando aquilo que já havia sido referido por Twibell *et al.* (2008) quando estudou a perspetiva dos enfermeiros sobre a presença das famílias durante procedimentos a indivíduos em PCR, para os profissionais que desenvolvem procedimentos de RCR na presença de familiares, existem mais benefícios do que riscos. E é precisamente isto que se pretende apurar com o presente trabalho, embora aplicado ao domínio específico do exercício da profissão de enfermagem em UP no contexto nacional português.

Tendo em conta tudo aquilo que aqui foi apresentado, a problemática da presença de pais/familiares durante procedimentos de RCRP, continua a ser um tema repleto de complexidade (Nishisaki; Diekema, 2011; Mekitarian; Ângelo, 2015).

Se por um lado as evidências para a efetivação de normas e protocolos são imensas, as condicionantes são igualmente importantes e não podem deixar de ser

cuidadosamente analisadas, caso a caso, de modo a que seja tomada a melhor decisão em tempo útil (Reis, 2015).

Contudo, é importante lembrar que, quando uma situação de PCR acontece, seja numa criança ou noutro indivíduo, todos os fatores acima descritos têm que ser analisados e devidamente ponderados, no meio de um turbilhão de outros acontecimentos e procedimentos associados, sobretudo no domínio técnico/clínico, pois é uma vida que urge tratar naquele momento. E tempo é tudo aquilo que, nesse instante, escasseia a cada ténue segundo que passa, pelo que importa compreender todas as particularidades deste problema, de modo a poder construir instrumentos normativos, de apoio, adequados a cada realidade. Estes poderão servir de linhas orientadoras, não só para sustentar, como também para abreviar importantes decisões, como é o caso do acompanhamento de uma criança em estado crítico, mais concretamente em PCR, dando-lhe o melhor deferimento.

Por tudo isto que aqui foi apresentado e, na ausência de estudos do género na realidade portuguesa, pretende-se que este trabalho seja, não só, a compilação da informação mais pertinente e atual, como também represente o início da discussão desta problemática, criando a evidência que falta no domínio nacional.

Desta forma, espera-se que este seja apenas o primeiro de muitos estudos na área, de modo a que enfermeiros e outros profissionais de saúde a exercer funções noutros contextos de urgência, possam melhorar ao nível da qualidade com que prestam cuidados aos utentes pediátricos em situação de PCR.



### **III – Metodologia**

Para dar resposta à questão de partida desta dissertação, tendo em conta o objetivo geral previamente definido e a contextualização do problema entretanto realizada, pretende-se perceber qual a perspetiva dos enfermeiros a desempenharem funções em serviços de urgência pediátrica de hospitais de Portugal Continental, sobre a presença de pais/familiares durante procedimentos de RCR a crianças em PCR.

Só assim será possível extrapolar as conclusões enquanto evidência que ainda não existe no nosso país, capaz de fundamentar e, legitimamente, afirmar ou infirmar a necessidade de mudar hábitos antigos, tal como descrito pela literatura disponível, nomeadamente a nível internacional.

Em todo o caso, com este trabalho, chegar-se-á a algumas conclusões, as quais, independentemente da sua tendência, permitirão atingir um objetivo secundário implícito à investigação, na medida em que, num momento posterior ao estudo, poderão servir para incentivar a criação de protocolos e/ou normas de serviço nas instituições de saúde interessadas. Assim, poder-se-á devolver o importante contributo que estas instituições e respetivos enfermeiros deram ao presente trabalho, ao colaborarem com a investigação, pois poderão assim otimizar a sua prática clínica em termos da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da problemática estudada.

Para tornar tudo isto possível, tal como em qualquer estudo que pretende ser atual, pertinente e, sobretudo, credível, a ponto de acrescentar valor à evidência já existente, o presente trabalho baseia-se na metodologia de investigação científica, a qual será descrita nos pontos seguintes.

#### **3.1. Tipo de estudo**

Em resposta ao objetivo geral e respetiva questão de partida, conhecendo bem de perto o problema investigado, procurou-se o distanciamento do tema bem como da experiência pessoal/profissional adquirida, procedendo a uma breve introspeção, no sentido de perceber que tipo de estudo seria mais adequado à concretização desta dissertação, de modo a poder trabalhá-la com a imparcialidade desejada.

Deste modo, desenvolveu-se um estudo exploratório, transversal, analítico e descritivo, assente na metodologia de investigação quantitativa, a partir da análise estatística

descritiva e da análise de conteúdo das perguntas abertas de um instrumento de colheita de dados em forma de questionário, tal como será descrito posteriormente.

### **3.2. População/amostra**

No processo de seleção da população e respetiva amostra a incluir no presente estudo, foram tidos em conta alguns critérios que serão de seguida apresentados.

Primeiramente, incidindo o estudo na opinião de enfermeiros a desempenhar funções em UP e, tendo em conta a existência em Portugal de hospitais públicos e privados com a referida tipologia de serviço, optou-se por aplicá-lo apenas em instituições públicas, mais concretamente em estabelecimentos hospitalares de Portugal Continental.

Para além do exposto, existindo no país unidades hospitalares individualizadas e outras agrupadas em grandes centros hospitalares, foi efetuado o levantamento de todas as UP de hospitais públicos existentes no território nacional. Contudo, devido à escassez de tempo para elaboração do presente trabalho, foi necessário restringir a população e respetiva amostra, pelo que se decidiu, num primeiro momento, contactar os hospitais públicos e/ou centros hospitalares de todas as capitais de distrito de Portugal Continental, com urgências polivalentes ou médico-cirúrgicas, das quais fariam parte os SUP que se pretendiam incluir no estudo.

De modo a tornar o estudo ainda mais rico em termos de participação e inclusão na respetiva amostra, a população foi alargada para todos os enfermeiros que integram equipas de enfermagem próprias, dedicadas a um SUP, no desempenho das suas funções em hospitais públicos/Centros Hospitalares de todas as capitais de distrito de Portugal Continental e ainda, todos os outros SUP das instituições com as mesmas características nos distritos do Porto e de Lisboa. Nestes distritos foram incluídos mais hospitais, por serem os principais centros metropolitanos do país e, como tal, aqueles que, dada a elevada densidade populacional, apresentam mais SUP. Posto isto, a população inicial seria constituída por 29 instituições.

Procedeu-se assim à realização dos pedidos de autorização para inclusão no estudo perante os diversos Conselhos de Administração e respetivas Comissões de Ética das instituições seleccionadas por conveniência, sendo enviadas, por correio, um total de 29 cartas.

Perante a limitação temporal do estudo, foi estabelecido um prazo final para a obtenção de respostas definitivas com as respetivas autorizações, ou eventuais recusas,



relativamente à aplicação de questionários junto dos enfermeiros de cada SUP. Estabeleceu-se assim o dia 31 maio de 2016 como data limite para a seleção dos hospitais que dessem resposta afirmativa à aplicação do questionário, tratando-se este de um processo de amostragem não só por conveniência, mas também por autosseleção.

Dos contactos realizados, resultaram 16 respostas por correio eletrónico, tendo sido posteriormente desenvolvida a comunicação com as instituições por essa via. Importa referir que os restantes 13 hospitais não chegaram a devolver resposta em tempo útil.

Foram, de seguida, entregues todos os documentos necessários para sujeição a avaliação por parte dos órgãos competentes de cada hospital. Nesta etapa, pretendia-se incluir o número máximo de enfermeiros de SUP em cada uma das instituições que decidissem colaborar com o estudo, visto que não se dispunha de um número fixo inicial para a amostra.

De todas as respostas devolvidas, 2 hospitais recusaram colaborar com a investigação e outros 2 não deferiram a investigação atempadamente, reduzindo-se assim para um total de 12 hospitais disponíveis para colaborar com o estudo.

O primeiro hospital a responder foi automaticamente selecionado para a realização do pré-teste e, como tal, foi colocado à parte do processo de amostragem, dispondo assim a investigação dos restantes 11 hospitais.

Posteriormente, foram aplicados perante os referidos hospitais os critérios de inclusão/exclusão definidos no quadro 3. Deste processo resultou a exclusão de um hospital, cuja equipa de enfermagem era partilhada entre a urgência geral e a urgência pediátrica. Cingiu-se assim a população final a considerar para o estudo aos enfermeiros a desempenhar funções em SUP de 10 hospitais de Portugal Continental.

**Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão da amostra**

Critérios de Seleção da amostra	
Critérios de inclusão	✓ Enfermeiros que exerçam funções em SUP dos hospitais públicos selecionados, e cuja autorização para realização do estudo tenha sido fornecida, no mínimo, até dia 31 de maio do ano 2016.
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Profissionais de outros serviços que não o SUP;</li> <li>✗ Outras categorias profissionais, que não enfermagem;</li> <li>✗ Equipas de enfermagem não exclusivas do SUP.</li> </ul>

Após contactadas as chefias intermédias responsáveis pelos respetivos SUP, por correio eletrónico e telefonicamente, identificaram-se 163 enfermeiros, enquanto parte integrante da população, tendo sido solicitada a colaboração de todos para participarem no estudo.

N= 163 Enfermeiros

Posto isto, foram distribuídos 163 questionários, obtendo-se uma taxa de resposta de 80.37%, tendo em consideração que somente 131 dos possíveis participantes que reuniram as condições de inclusão, novamente através de um processo de autosseleção, entregaram o questionário respondido às suas chefias e estas o fizeram chegar até ao investigador.

A amostra a considerar para a presente investigação, após o referido processo de amostragem por conveniência e autosseleção, foi assim de 131 enfermeiros a desempenhar funções em SUP de 10 Hospitais de Portugal Continental.

n=131 Enfermeiros

### **3.3. Tipo de instrumento de colheita de dados**

Pretendendo estudar a opinião de enfermeiros que, à semelhança do investigador, desenvolvem a sua prática clínica num SUP, desde logo se percebeu a necessidade de fazê-lo através da consulta por meio da utilização de um questionário adequado ao efeito.

Após a leitura e análise dos diversos estudos mencionados na fundamentação do presente documento, em especial dos quatro artigos aprofundados na revisão da literatura apresentada, analisou-se detalhadamente cada um dos instrumentos de colheita de dados utilizados nos mesmos. Atendendo ao horizonte temporal da investigação, pretendia-se utilizar um questionário previamente validado, tendo em conta que não seria viável a criação de um instrumento de colheita de dados próprio.

Deste modo, de entre os vários estudos disponíveis, foram primeiramente selecionados aqueles cujo instrumento de colheita de dados havia sido um questionário e, cruzando-os com os objetivos da presente investigação, aquele que se destacou foi o utilizado por uma enfermeira, Reylon Meeks, em 2009, perante profissionais de saúde do Departamento de Emergência Pediátrica do *Blank Children's Hospital*, no *Iowa*, Estados Unidos da América (EUA). Não obstante, o referido estudo, pretendia saber qual a opinião dos profissionais de saúde sobre a presença das famílias durante procedimentos de RCR a crianças em contexto específico de trauma.

Reconhecendo o valor do questionário (anexo I) utilizado por Meeks (2009) e a sua relevância para a investigação, entrou-se em contacto com a autora no sentido de obter

a sua autorização para utilizá-lo. Primeiramente por telefone, e posteriormente através da troca de mensagens de correio eletrónico, obteve-se o seu consentimento (apêndice I) para utilizar o questionário por ela aplicado. Para além disto, foi ainda solicitada e respetivamente autorizada a eventual alteração do conteúdo do questionário, na medida em que este estudo pretende debruçar-se sobre a presença de pais/familiares durante a RCRP em contexto de PCR decorrente de todas as causas possíveis e não especificamente de trauma.

Na sequência da autorização obtida, começou-se por traduzir o questionário, reproduzindo-o na língua portuguesa o mais fielmente possível, com a colaboração de uma professora licenciada em português/inglês. Após a tradução foi ainda realizada a sua retroversão, por outra professora com formação em línguas germânicas, de modo a perceber o rigor da reprodução do questionário original. Realizado este procedimento, em conjunto com as mencionadas professoras, chegou-se à conclusão que o resultado final tinha sido bastante fidedigno, sem alterações relevantes do conteúdo original, utilizado por Meeks em 2009. Por fim, substituiu-se a designada “*Pediatric Trauma Resuscitation*” por “Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica”, de modo a adequar o questionário aos objetivos do presente estudo.

Por conseguinte, tendo em conta que o questionário foi alterado (apêndice II), procedeu-se assim à sua validação na base da realização de um pré-teste, recorrendo para tal a alguns peritos na área e ao método do teste-reteste.

### 3.3.1. Pré-teste

O questionário traduzido e adaptado foi aplicado num SUP de um hospital de Portugal Continental, selecionado para o efeito, por conveniência, por ser o primeiro hospital a responder afirmativamente ao pedido do investigador, durante o mês de fevereiro de 2016. No processo de validação foram distribuídos 12 questionários, dos quais se obtiveram 9 respostas, perfazendo uma taxa de resposta de 75%. Primeiramente foram analisados os resultados pelo investigador e, posteriormente, por um grupo de três peritos na área, previamente contactados e que decidiram colaborar com a investigação de modo a proceder às alterações consideradas necessárias, antes de partir para a validação do instrumento de colheita de dados em termos de confiabilidade através do teste-reteste.

De referir que, do grupo de peritos fizeram parte um assistente hospitalar, especialista em Pediatria e chefe de uma equipa médica de um SUP, bem como um Enfermeiro-

chefe que trabalha em pediatria há 32 anos, tendo dirigido durante 15 anos um SUP. Por fim, fez ainda parte do grupo um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, com 19 anos de experiência profissional, 14 dos quais num SUP. Os referidos peritos, com base na sua experiência profissional, analisaram os questionários e os respetivos resultados dos mesmos durante cerca de três semanas, primeiro individualmente e posteriormente trocando ideias entre si.

Ao aplicar o pré-teste e analisar os resultados alcançados, começando pela pergunta número 3 do apêndice II, um dos peritos contactados para validação do questionário sugeriu que, sendo a população alvo do questionário enfermeiros a desempenhar funções em SUP, fossem criadas categorias de resposta, com base no pré-teste, nomeadamente: enfermeiro e enfermeiro especialista. Por outro lado, os outros dois peritos sugeriram que essa alteração não fosse introduzida, na medida em que, ao permanecer o campo de resposta aberto, futuramente, este questionário poderia ser aplicado a outras classes profissionais, o que seria uma mais-valia para o desenvolvimento do conhecimento na área. Posto isto, a questão permaneceu inalterada, sendo que, a análise das respostas passará sim pela análise de conteúdo segundo Bardin, na qual figurarão as categorias acima descritas.

Passando para as perguntas número 4 e 5, foi possível perceber, analisando as respostas que foram dadas com detalhe ao mês (nomeadamente por parte de enfermeiros com menos anos de serviço) que, a mesma seria melhor trabalhada informaticamente, se as respostas fossem dadas em anos. Relativamente a este aspeto os peritos não apresentaram qualquer objecção, sendo contudo aconselhada a criação de categorias ao nível da pergunta número 5. Isto porque, de acordo com os mesmos, mais relevante do que os anos de exercício profissional, importa estudar detalhadamente a experiência na área da pediatria e, em concreto, num SUP, a qual pode ser muito variável, perante a possibilidade de mobilidade de serviço, tão incentivada pelas instituições de saúde na atualidade.

Com o avançar da investigação, optou-se ainda por excluir a pergunta 5.1, que tinha sido introduzida inicialmente, na medida em que, num primeiro momento, o questionário seria para aplicar a serviços do departamento de urgência. Não obstante, tendo em conta as autorizações concedidas por parte dos diversos hospitais para realizar o presente estudo e, principalmente, de modo a garantir que todos os inquiridos trabalhassem em condições semelhantes, integrando serviços da mesma tipologia, percebeu-se que a referida questão não faria sentido.

Relativamente à questão número 6, ao traduzir o questionário para suporte digital, de modo a proceder à sua melhor análise, percebeu-se que, para quem escolhesse a opção “Alguns”, o complemento de informação solicitado (“Quais? \_\_\_\_\_”), iria ser de difícil análise, pelo que se optou inicialmente por colocar uma questão adicional (à semelhança do questionário original). Esta deveria ser analisada com base numa análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), sendo para tal criadas, de acordo com as respostas do pré-teste, categorias de resposta que passariam por: pai; mãe; pai e mãe; avós; pessoas significativas; outros.

Todavia, ao colocar esta questão aos peritos na área, com base no pré-teste, os mesmos foram unânimes ao referir que, em todo o caso, ao ser trabalhada, a questão não teria grande interesse. Isto porque, ao referir que apenas algumas pessoas podem presenciar a RCR de uma criança, estas serão, invariavelmente, na sua opinião, as pessoas significativas que a acompanham ao respetivo serviço, nas quais se incluem, primeiro que tudo, os pais (tal como descrito inclusivamente na legislação portuguesa) ou outros familiares diretos na ausência dos primeiros.

Nesse sentido, não foi adicionada qualquer questão, nem de preenchimento aberto, nem por categorias, sendo inclusivamente removida a pergunta “Quais?”.

Na questão número 9, os peritos mencionaram que, sendo o questionário desenvolvido com questões colocadas formalmente aos inquiridos, e não na base da leitura na primeira pessoa verbal, o determinante possessivo “meu” utilizado no questionário original, deveria ser substituído, passando a questão a ser “se o seu filho estivesse a ser reanimado, gostaria de estar presente?”.

Relativamente às perguntas número 10 e 11, os peritos apresentaram algumas dúvidas sobre as inúmeras possibilidades de resposta às mesmas. Ainda assim, após discussão em grupo, consideraram que os contributos para a investigação seriam efetivamente maiores mantendo a possibilidade de resposta aberta o que, contudo, iria exigir um maior empenho no tratamento dos dados por parte do investigador. Alertaram assim para a necessidade de analisar as questões, trabalhando o seu conteúdo, tal como já referido em pontos anteriores, por meio da criação de categorias onde incluir todas as opiniões dos profissionais inquiridos.

Passando para a pergunta 14, ao analisar as respostas do pré-teste, percebeu-se a necessidade de separar aquilo que nela era questionado. Posto isto, foi acrescentada uma pergunta, com o número 15, no sentido de perceber se, em caso afirmativo, isto é, no caso de o profissional já ter vivido alguma experiência com a presença de familiares durante uma RCRP, saber se esta foi positiva ou negativa.

Por fim, na pergunta número 16 do questionário utilizado na realização do pré-teste, foi levantado o mesmo problema que na 14, sendo que se criou uma nova pergunta, a qual passou a ter o número de ordem 18, e foi estabelecida através da seguinte questão: “Em caso afirmativo, esse membro da família esteve presente durante a reanimação?”.

Relativamente às restantes questões que não foram aqui mencionadas, os peritos consultados referiram que, perante as respostas obtidas no pré-teste, as mesmas estavam adequadas ao tipo de dados que se pretendiam colher, tendo em conta a realidade que tão bem conhecem e os objetivos do trabalho em questão. Deste modo, todas as outras questões foram mantidas inalteradas na construção da versão final do instrumento de colheita de dados.

Posto isto, no sentido de avaliar a confiabilidade do instrumento criado, foi utilizada a técnica do teste-reteste, tal como acima referido, sendo o questionário entretanto alterado e aplicado novamente no serviço onde havia sido inicialmente submetido. A estratégia utilizada foi idêntica à anterior, e os participantes preencheram o questionário no seu horário de trabalho, após a leitura e assinatura do termo de consentimento, cerca de dois meses depois da primeira aplicação, frisando o intuito de testar a adequação do instrumento e não dos participantes. Entre os 12 enfermeiros convidados a participar no reteste, apenas 8 repetiram o procedimento (segundo a chefia do serviço por contingências do mesmo em termos de férias do pessoal), correspondendo a 66,67% do total dos questionários aplicados e 88,89% dos 9 participantes que colaboraram no teste inicial.

Nas proporções de adesão ao recrutamento inicial e ao reteste não foram detetadas variações relevantes em termos das variáveis independentes do estudo. Também em termos das variáveis dependentes, as respostas obtidas foram sobreponíveis com as do primeiro momento, pelo que se assumiu a confiabilidade do instrumento de colheita de dados, comparativamente com o questionário original, havendo condições para proceder à sua aplicação perante a amostra selecionada.

### **3.4. Procedimentos de recolha de dados**

Para se proceder à recolha de dados, optou-se por estabelecer um primeiro contacto com as chefias intermédias de cada um dos 10 SUP selecionados. Pretendia-se desta forma solicitar a colaboração dos referidos profissionais com funções ao nível da gestão de cada um dos serviços, no sentido da melhor divulgação do estudo e respetivos objetivos, conseguindo a máxima taxa de participação no mesmo.

Tendo em conta que os 10 hospitais pertenciam a diferentes regiões do território nacional, a deslocação pessoal a cada um deles, foi substituída pelo contacto telefónico e subsequente envio de toda a documentação por correio verde nacional, uma vez que o estudo foi desenvolvido sem financiamento externo.

Foi inicialmente questionado cada enfermeiro-chefe de serviço sobre a composição da sua equipa de cuidados em termos quantitativos, tal como já referido no processo de amostragem e, para cada um deles, foi enviado o respetivo número de questionários, permitindo a todos os enfermeiros colaborar no estudo, enquanto parte integrante da população selecionada. Os questionários (apêndice III) foram ainda acompanhados de igual número de impressos de consentimento informado. Cada tipo de documento dispunha de involucro próprio, devidamente individualizado para que, após preenchimento, não fosse possível associar os questionários aos consentimentos fornecidos, nos quais constaria a assinatura dos participantes concordantes com o estudo.

Dentro do envelope seguiu ainda uma cópia do consentimento por parte do Conselho de Administração e/ou Comissão de Ética do respetivo hospital, juntamente com o protocolo de investigação e ainda uma carta de apresentação dirigida ao enfermeiro-chefe (apêndice IV), bem como um envelope de resposta previamente preenchido com a morada do investigador.

As chefias contactadas mostraram-se bastante recetivas ao estudo e, assumindo o compromisso de colaboração com o mesmo, procederam à distribuição e recolha dos questionários durante o período aproximado de três semanas após a receção dos documentos. Este processo decorreu, embora em momentos diferentes (tendo em conta o deferimento das autorizações), entre os meses de abril e junho de 2016. Posteriormente, os enfermeiros-chefes procederam ao reenvio de toda a documentação preenchida para análise do investigador.

#### 3.4.1. Aspetos financeiros, éticos e legais

Tratando-se este estudo de uma investigação em contexto académico, o mesmo é da exclusiva responsabilidade do investigador que suportou todos os gastos, nomeadamente relacionados com a impressão e envio de documentos entre si e as instituições incluídas.

A participação dos indivíduos inquiridos apresentou caráter voluntário, evidenciando-se a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, no caso de não quererem colaborar com o estudo. Para aplicação dos questionários e progressão da respetiva investigação, a mesma mereceu parecer favorável por parte das Comissões de Ética/Conselhos de Administração de cada um dos hospitais selecionados, tal como referido, após a apresentação do mesmo por meio de um requerimento próprio (apêndice V). É de salientar que as autorizações concedidas permanecerão na posse do investigador e não serão apresentadas por questões de confidencialidade.

Aos profissionais que colaboraram com o estudo, foi dada garantia expressa de confidencialidade dos dados, comprometendo-se o investigador a manter o anonimato de cada participante, pelo que o questionário não carecia do registo de dados de identificação. Reforçando este facto, em cada documento foi expresso que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para este fim.

Importa referir que todos os contactos foram desenvolvidos em ambiente de privacidade, quer junto dos Conselhos de Administração/Comissões de Ética como das próprias chefias intermédias.

Para tornar possível e formal todo este processo, o investigador assumiu tudo aquilo que aqui foi mencionado, perante os enfermeiros inquiridos, através da redação e respetiva assinatura de uma declaração de confidencialidade perante cada hospital (apêndice VI).

Os participantes, por sua vez, tendo acesso a essa mesma informação, e após a devida apresentação do estudo, assinaram os impressos de consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação (apêndice VII). Os consentimentos concedidos, após assinados, foram guardados em invólucro próprio, separadamente dos questionários, de modo a inviabilizar a associação entre os questionários preenchidos pelos participantes e os respetivos consentimentos, tal como mencionado no ponto anterior. Uma vez na posse de todos os documentos, o investigador comprometeu-se a destruí-los um ano após a defesa do trabalho em audiência pública.

O investigador nega a existência de quaisquer conflitos de interesse ou outros antes e durante a realização da presente dissertação, na qual manterá sempre a imparcialidade necessária, independentemente das suas competências funcionais. É do seu inteiro interesse não só a conclusão do curso e respetiva atribuição do grau académico de Mestre, como também a obtenção dos resultados mais fidedignos possíveis, trazendo para a realidade nacional a investigação e respetiva discussão que faltava na área estudada.



Por fim, foram dadas garantias expressas aos hospitais participantes no estudo (e respectivos serviços) que os resultados globais serão oportunamente comunicados no sentido da otimização da qualidade dos cuidados por eles prestados ao nível da problemática levantada pela presença de familiares durante procedimentos de RCRP, sem custos associados para os mesmos.

### 3.5. Procedimentos de análise dos dados

A análise de dados será realizada com apoio do *software* IBM® SPSS® *Statistics* (versão 22, em português), sendo igualmente tratados alguns dos dados, bem como formatadas as tabelas e gráficos apresentados em Microsoft® Excel® 2013.

Para melhor perceber o procedimento de análise de dados, é importante descrever todas as variáveis trabalhadas na investigação, as quais se encontram diferenciadas no Quadro 4, de acordo com a sua natureza dependente ou independente.

**Quadro 4 – Variáveis em estudo**

Variáveis Independentes	Variáveis Dependentes
1 - Idade 2 - Género 3 - Título Profissional 4 - Tempo de experiência profissional 5 - Tempo de experiência num SUP	6 - Que familiares devem presenciar uma RCRP 7 - Reconhecimento do direito à presença durante a RCRP 8 - Os familiares podem presenciar todas as fases da RCRP 9 - Presenciar RCRP do próprio filho 10 - Preocupações dos enfermeiros 11 - Benefícios segundo os enfermeiros 12 - A presença da família interfere nos cuidados 13 - Aumento dos esforços na presença da família 14 - Experiência passada com a presença da família durante RCRP 15 - Classificação da experiência anterior (v14) 16 - Momento para presenciar uma RCRP 17 - Algum familiar pediu para estar presente 18 - O familiar que pediu esteve presente

Uma vez enumeradas as variáveis do estudo, importa ainda percebê-las um pouco melhor, sistematizando a sua descrição, tipologia e codificação realizada à semelhança do que foi feito nos campos da base de dados em SPSS (quadro 5).

**Quadro 5 – Descrição das variáveis em estudo**

N.	Variável	Descrição	Código	Tipo de Variável	Descrição
V1	Idade	Idade.	Em anos	Quantitativa	Discreta
V2	Gênero	Gênero.	1=masculino 2=feminino	Categórica	Nominal
V3	Título Profissional	Grau de diferenciação enquanto profissional de enfermagem.	1= Enfermeiro 2= Enfermeiro Especialista	Categórica	Ordinal
V4	Tempo de experiência profissional	Tempo de Serviço enquanto enfermeiro(a), em anos.	Em anos	Quantitativa	Contínua
V5	Tempo de experiência num SUP	Tempo de exercício profissional num SUP, enquanto enfermeiro(a) em intervalos de anos.	1= < 1ano 2= [1 e 5 anos[ 3= [5 e 10 anos[ 4=> 10 anos	Categórica	Ordinal
V6	Que familiares devem presenciar uma RCRP	Os membros da família devem estar presentes durante procedimentos de RCRP?	1=nenhuns 2=alguns 3=todos	Categórica	Nominal
V7	Reconhecimento do direito a presenciar uma RCRP	Considera a presença de familiares durante uma RCRP um direito?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V8	Os familiares podem presenciar todas as fases da RCRP	Os pais das crianças devem ser autorizados a estar presentes durante todas as fases da RCRP?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V9	Presenciar RCRP do próprio filho	Se o próprio filho estivesse a ser reanimado, gostaria de estar presente?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V10	Preocupações dos enfermeiros	Preocupações relativamente à presença da família durante uma RCRP.	---	Categórica	Análise Conteúdo
V11	Benefícios segundo os enfermeiros	Benefícios da presença da família durante uma RCRP.	---	Categórica	Análise Conteúdo
V12	A presença da família interfere nos cuidados	A presença da família durante a RCRP pode interferir com os cuidados?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V13	Aumento dos esforços na presença da família	É mais provável que os esforços para reanimar uma criança em PCR continuem se a família estiver presentes?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V14	Experiência passada com a presença da família durante a RCRP	Já teve experiência com a presença da família durante uma RCRP?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V15	Classificação da experiência anterior	Em caso afirmativo, como considera esta experiência?	1=Positiva 2=Negativa	Categórica	Nominal
V16	Momento para presenciar uma RCRP	Em que momento da RCRP a família deve estar presente?	1=Nunca 2=No fim da RCRP 3= Durante toda a RCRP	Categórica	Nominal
V17	Algum familiar pediu para estar presente numa RCRP	Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal
V18	O familiar que pediu esteve presente	Se pediu, esteve presente?	1=sim 2=não	Categórica	Nominal

Para responder aos objetivos do estudo, todas as variáveis serão analisadas em termos estatísticos descritivos, de forma individualizada, percebendo assim as frequências

absolutas, relativas e outras medidas nomeadamente de tendência central, importantes para a descrição de cada uma delas. Só assim será possível responder à componente descritiva em que a investigação assenta, sendo que cada uma das 18 variáveis corresponde à respetiva questão do instrumento de colheita de dados aplicado.

Não obstante, a investigação pretende ainda estabelecer algumas relações, sendo que, posteriormente, serão apresentadas algumas referências cruzadas entre as variáveis independentes e as dependentes. Recorde-se que as variáveis independentes se referem aos dados sociodemográficos (v1 e v2), ao nível de diferenciação profissional (v3) e à experiência profissional em termos gerais e no domínio específico de um SUP (v4 e v5). Por sua vez, as variáveis dependentes reportam-se basicamente à opinião dos enfermeiros sobre o tema em estudo e ainda às experiências passadas no âmbito da prestação de cuidados a crianças em PCR.

Importa ainda referir que, na presente investigação, será dado destaque ao relacionamento específico entre as variáveis inerentes à diferenciação profissional e aos anos de experiência profissional em contexto de urgência pediátrica, cruzando-os com as variáveis V7 V12 e V16.

Perante isto, embora com a presente investigação não se pretenda dar destaque aos testes de hipóteses, e sim à perceção da opinião dos enfermeiros sobre a presença de pais/familiares em contexto de RCRP de forma global, para melhor estabelecer e eventualmente comprovar/refutar as relações entre as variáveis, serão formuladas as hipóteses apresentadas no quadro 6.

**Quadro 6 – Hipóteses relativas ao cruzamento de variáveis**

Existência de relação entre Variáveis	Diferenciação Profissional	Anos de Experiência profissional num SUP (+ ou - de 5)
V7 – Reconhecimento do direito a presenciar uma RCRP	Hipótese 1 (H1)	Hipótese 4 (H4)
V12 – A presença da família interfere nos cuidados?	Hipótese 2 (H2)	Hipótese 5 (H5)
V16 – Momento para presenciar uma RCRP.	Hipótese 3 (H3)	Hipótese 6 (H6)

Para que o estabelecimento destas relações seja possível recorrer-se-á ao teste do qui-quadrado pelo que serão apresentadas as tabelas de referências cruzadas de relevo para a investigação, bem como a sua descrição, no sentido de chegar às desejadas conclusões do estudo.

A este nível, importa referir que, para todas as hipóteses H1-H6 subentende-se a respetiva hipótese nula (H0), que se pretende testar no sentido de admitir ou excluir a ausência de relações entre cada uma das variáveis apresentadas, após a devida leitura do teste do qui-quadrado.

Metodologicamente, as únicas questões que terão um tratamento diferenciado da análise estatística habitualmente realizada no referido programa informático, serão as duas respostas abertas presentes no questionário, mais concretamente as respostas às questões 11 e 12 do apêndice III. Tal como estipulado previamente, aquando da realização do pré-teste, percebeu-se a necessidade de analisar as referidas respostas de acordo com a técnica de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin.

De acordo com Bardin (2004, p.42), a análise de conteúdo corresponde a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Pondo em prática a técnica descrita pela autora, da qual fazem parte 3 etapas, inicialmente proceder-se-á a uma pré-análise do conteúdo, no sentido da organização dos dados colhidos. Nesta primeira fase, far-se-á uma breve análise, designada por Bardin (2004) como flutuante, a qual terá como objetivo perceber sumariamente as opiniões manifestadas, no sentido da delimitação do material a analisar e respetiva formulação de questões norteadoras, capazes de constituir indicadores do conteúdo.

De seguida, partir-se-á para a segunda etapa do método, a fase de exploração do material, na qual serão codificados os dados, devidamente enumerados e definidas as categorias a trabalhar. Agrupando o material disponível por meio da categorização, o conteúdo no estado bruto transforma-se assim, por condensação, em conteúdo significativo na forma de dados organizados, permitindo uma visão simplificada dos mesmos (Bardin, 2004).

Para a definição de categorias, será tido em conta o nível semântico, sintático e lexical das afirmações proferidas, de modo a isolar os elementos comuns, em jeito de inventário que será posteriormente classificado e organizado.

Por fim, proceder-se-á ao tratamento dos resultados, procurando interpretá-los e transformando desta forma a informação qualitativa recolhida, em dados passíveis de tratamento estatístico e inferencial, capazes de conduzir às desejadas interpretações das opiniões dos enfermeiros.

Segundo Bardin (2004, p.105) fazendo uma análise deste género “é possível descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência, podem significar algo para o objetivo escolhido”.

Não obstante, há que ter em conta que os “resultados obtidos por esta técnica de análise de conteúdo, não podem ser tomados como prova inelutável, mas constituem, apesar

de tudo, uma ilustração que permite corroborar, pelo menos parcialmente, os pressupostos em causa” (Bardin, 2004, p.81).

Findo este processo, será possível proceder a uma análise quantitativa/descritiva das unidades de registo/enumeração existentes em cada uma das categorias estipuladas, mais concretamente as preocupações e benefícios identificados pelos enfermeiros inquiridos, sobre a presença de familiares durante a RCRP.

Desta forma, torna-se possível não só apresentar os resultados da investigação, os quais serão descritos no capítulo seguinte, como também proceder à sua análise e respetiva discussão, visando o estabelecimento das conclusões a que este trabalho pretende conduzir.



## IV – Apresentação e Análise dos Dados

Para melhor sistematizar a apresentação e respetiva análise dos dados, percebeu-se a necessidade de dividir este processo em três partes diferentes. Primeiramente, será caracterizada a amostra, tendo por base a análise dos dados relativos às respostas fornecidas pelos participantes, da pergunta 1 à pergunta 5 do questionário, o que corresponde à descrição das variáveis independentes.

Posteriormente proceder-se-á a uma análise estatística descritiva de cada uma das variáveis dependentes, isto é, da informação presente em cada uma das respostas entre as perguntas 6 e 18 do questionário (com exceção das perguntas 10 e 11). Deste modo, será possível avaliar os dados relativos às opiniões e respetivas vivências dos enfermeiros inquiridos em termos da presença de pais/familiares durante procedimentos de RCRP. Incluídas nesta análise, serão ainda estabelecidas algumas referências cruzadas consideradas necessárias entre determinadas variáveis dependentes e independentes, no sentido de perceber se as mesmas estão relacionadas ao ponto de permitirem retirar conclusões mais sólidas no final do estudo.

Por fim, será realizada a análise de conteúdo das questões 10 e 11, de forma individualizada, respeitando a já mencionada técnica de Bardin (2004), no sentido de descrever as principais preocupações dos inquiridos e benefícios identificados pelos mesmos perante a presença de familiares durante procedimentos de RCRP.

### 4.1. Caracterização da amostra

Através do tratamento dos dados com recurso à ferramenta informática disponibilizada pelo programa IBM® SPSS® 22.0, na versão portuguesa, foi possível realizar uma análise estatística descritiva das variáveis independentes, assente sobretudo em algumas medidas de tendência central, as quais se encontram resumidas em tabelas e gráficos que permitem caracterizar a amostra considerada no estudo.

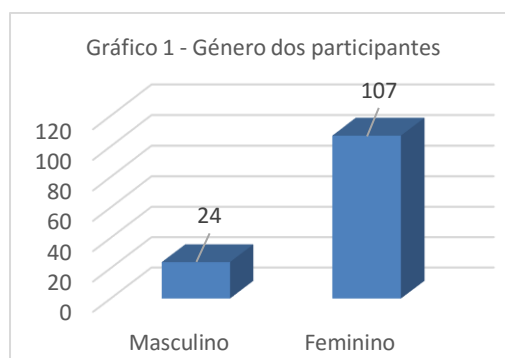
**Tabela 1 – Análise das variáveis idade e experiência profissional.**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	131	23	62	37,47	8,612
Tempo de Exercício Profissional	131	1	36	13,98	8,142

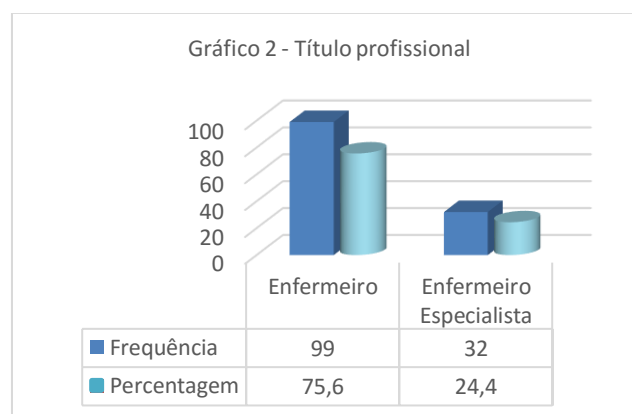
Tal como se pode constatar na tabela 1, da amostra fazem parte 131 enfermeiros, com idade média de cerca de trinta e sete anos e meio, onde o mais novo a responder tem 23 anos e o mais velho 62.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, na amostra é possível encontrar enfermeiros com diferentes níveis de experiência, em termos de anos de serviço, incluindo profissionais a exercerem funções desde há um ano, até um máximo de 36 anos, sendo o tempo médio de serviço de cerca de 14 anos.

Em termos de género, a amostra é maioritariamente constituída por enfermeiras, tendo estas preenchido 107 dos 131 questionários obtidos, o que corresponde a 81,7% do total dos participantes, sendo os restantes inquiridos enfermeiros (24) o que perfaz os restantes 18,3 %, tal como se pode observar no gráfico 1.



Ao nível da diferenciação dos inquiridos, foram consideradas duas categorias associadas ao título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (gráfico 2).



Verificou-se portanto que, da amostra, fazem parte 99 enfermeiros generalistas (75,6%), isto é, com o curso base de enfermagem e ainda 32 enfermeiros especialistas (24,4%), nomeadamente em saúde infantil e pediátrica, o que os torna automaticamente mais diferenciados e qualificados que os primeiros para o exercício profissional num SUP.



Quanto ao tempo de experiência profissional dos participantes em contexto específico de urgência pediátrica, tal como se pode ler na tabela 2, a maioria dos enfermeiros inquiridos trabalha num SUP há mais de 5 anos (cerca de 68%), sendo que 27,5% regista entre 5 e 10 anos de serviço, enquanto 40,5% desenvolve a sua atividade há mais de 10 anos.

**Tabela 2 – Tempo de Experiência Profissional num SUP.**

Categoria	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa	Percentagem Agrupada
<1 ano	15	11,5	11,5	
[1-5[ anos	27	20,6	32,1	(<5 anos) 32,1
[5-10[ anos	36	27,5	59,5	
>= 10 anos	53	40,5	100,0	(≥5 anos) 67,9
Total	131	100,0		100

Ainda assim regista-se uma considerável percentagem de enfermeiros com menos experiência ao nível de um serviço altamente diferenciado como é um SUP (cerca de um terço), sendo que 11,5% destes profissionais trabalha há menos de 1 ano e 20,6% tem exercido funções num serviço com as mesmas características num intervalo de tempo que varia entre 1 e 5 anos.

#### **4.2. Visão dos enfermeiros sobre a presença de familiares durante a RCRP**

O principal objetivo do presente trabalho, tal como descrito inicialmente, prende-se com a visão dos enfermeiros inquiridos sobre a presença de pais/familiares durante procedimentos de RCRP, pelo que a seguinte informação assume especial interesse para a investigação.

Iniciando a análise da visão dos enfermeiros pela perceção e/ou reconhecimento dos mesmos sobre o direito ao acompanhamento de utentes pediátricos em instituições de saúde, nomeadamente num SUP, consagrado na lei portuguesa desde 2009, importa referir que cerca de 11,5% dos inquiridos ainda não reconhece integralmente este direito durante uma RCRP e fê-lo manifestando a sua opinião ao responder negativamente à pergunta 7 do questionário. De todos os inquiridos, apenas um não respondeu à referida questão, sendo que os restantes 87,8% reconheceram o direito a presenciar procedimentos de RCRP, tal como se pode observar na tabela 3.

**Tabela 3 – A presença de membros da família durante procedimentos de RCRP é um direito?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Resposta	Sim	115	87,8	88,5
	Não	15	11,5	11,5
	Total	130	99,2	100,0
Sem resposta		1	0,8	
Total		131	100,0	

Analisando a questão aqui explorada mais ao pormenor, isto é, no sentido da avaliação da percepção do direito dos utentes em enfermeiros com diferentes níveis de diferenciação, procedeu-se ao estabelecimento de relações cruzadas entre as duas variáveis (tabela 4).

**Tabela 4 – Relação entre a diferenciação profissional e o reconhecimento do direito a presenciar uma RCRP (tabulação cruzada).**

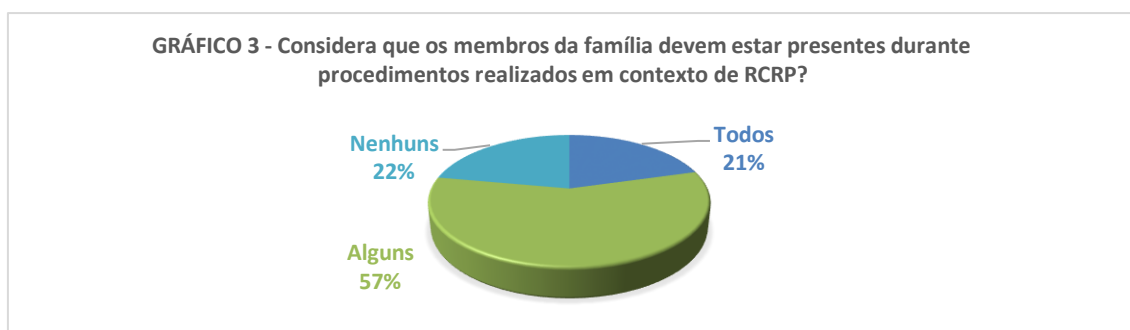
			Presenciar uma RCRP é um direito? (Q7)	
			Sim	Não
Grau de diferenciação profissional (Q3)	Enfermeiro	Contagem	83	15
		%	84,7%	15,3%
	Enfermeiro especialista	Contagem	32	0
		%	100,0%	0,0%

Testes Estatísticos realizados: Qui-quadrado=5,537; Nível de Significância= 0,019

O estudo desta relação fez-se na base da realização do teste do Qui-quadrado, cujo valor decorrente do cálculo inerente à tabela anterior é de 5,537 para um nível de significância de 0,019, o que permite rejeitar uma eventual hipótese nula que ditaria a ausência de relação entre as variáveis, tal como será explorado no próximo capítulo.

Percebe-se assim a existência de uma relação positiva entre o nível de diferenciação e a capacidade de reconhecer o direito ao acompanhamento de crianças em PCR, sendo que, tal como se pode constatar na tabela 4, a totalidade dos enfermeiros mais diferenciados é capaz de reconhecê-lo, ao contrário de uma parte dos restantes.

Não obstante, quando questionados sobre que membros da família devem usufruir do referido direito (gráfico 3), 21% dos enfermeiros referiu que todos os familiares devem poder assistir aos procedimentos, enquanto 22% refere que nenhum deles o deve fazer. Em contrapartida, 57% dos inquiridos referiram que apenas alguns elementos do núcleo familiar devem estar presentes durante a RCRP.



Do mesmo modo, comparando as respostas descritas acima, procedeu-se a um análise mais profunda, através do estabelecimento de referências cruzadas entre as perguntas 6 e 7 do questionário. Surge assim a tabela 5, onde se pode constatar que, dos

enfermeiros que reconhecem o direito dos familiares presenciarem uma RCRP, a maioria (62,6%) manifesta igualmente que apenas alguns familiares o devem fazer.

Para além do exposto, importa referir que 20% dos enfermeiros para os quais os pais e familiares não têm o direito de estar presentes durante a RCR de uma criança (3 dos 15 no total da amostra) consideram contudo que alguns deles deveriam fazê-lo.

**Tabela 5 – Direito a presenciar uma RCRP vs. Que familiares o devem fazer.**

			Que membros da família devem estar presentes durante uma RCRP? (Q6)			Total
			Todos	Alguns	Nenhuns	
A presença de membros da família durante procedimentos de RCRP é um direito? (Q7)	Sim	Contagem	27	72	16	115
		%	23,5%	62,6%	13,9%	100,0%
	Não	Contagem	0	3	12	15
		%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
Total		Contagem	27	75	28	130
		%?	20,8%	57,7%	21,5%	100,0%

Testes Estatísticos realizados: Qui-quadrado=34,604; Nível de Significância= 0,00

Quando questionados especificamente se os pais das crianças devem ser autorizados a estar presentes durante todas as fases da RCRP (tabela 6), 61,1% dos inquiridos referiram que sim, opondo-se os restantes 38,2%.

**Tabela 6 – Os pais da criança devem ser autorizados a presenciar todas as fases da RCRP?**

		Frequência	Porcentagem
Resposta	Sim	80	61,1
	Não	50	38,2
	Total	130	99,2
Sem resposta		1	0,8
Total		131	100,0

Do mesmo modo, ao questionar qual o momento concreto em que a família de uma criança em PCR a deve acompanhar, 48% dos enfermeiros manifestou que a mesma deve poder presenciar toda a reanimação, enquanto 37% admite o acompanhamento apenas no final dos procedimentos. Para além destes, 15% dos enfermeiros referem que os familiares continuam a não dever estar presentes durante este tipo de procedimentos, tal como se pode observar no gráfico 4, onde constam os resultados obtidos em resposta à pergunta 16 do questionário.



Ao cruzar os dados presentes no gráfico anterior com o nível de diferenciação profissional dos inquiridos, obteve-se um valor de qui-quadrado de 5,553 para um nível de significância de 0,062, tal como se pode constatar ao consultar o apêndice VIII, inviabilizando a rejeição da ausência de relação estas variáveis.

Fugindo um pouco aos objetivos do presente trabalho, a título de curiosidade, foi ainda questionado aos enfermeiros a sua opinião, colocados hipoteticamente no papel dos pais cujo filho necessita de cuidados de RCRP, de modo a saber se os mesmos gostariam de presenciar os procedimentos. Do total da amostra, 3,8% optou por não manifestar a sua opinião. Todavia, dos enfermeiros que reponderam (96,2%), 63,4% referiu que sim, enquanto 32,8% mencionaram que não o fariam, tal como se encontra descrito na tabela 7.

**Tabela 7 – Se o seu filho estivesse a ser reanimado gostaria de estar presente?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Resposta	Sim	83	63,4	65,9
	Não	43	32,8	34,1
	Total	126	96,2	100,0
Sem resposta		5	3,8	
Total		131	100,0	

Prosseguindo com a apresentação dos dados, mais concretamente em relação à pergunta 12 do questionário, (tabela 8), da análise de frequências e respetivas percentagens, 70,2% dos enfermeiros inquiridos assume que a presença da família pode interferir com os cuidados prestados, pelo que se remete para a análise posterior dos conteúdos das questões abertas (10 e 11), onde se identificam as preocupações e benefícios associados a esta problemática.

**Tabela 8 – Sente que a presença da família na RCRP pode interferir nos cuidados?**

		Frequência	Percentagem
Resposta	Sim	92	70,2
	Não	39	29,8
	Total	131	100,0

Complementando a informação presente na tabela anterior, relacionou-se a mesma com o grau de diferenciação profissional, sendo que, ao proceder ao desenho da respetiva tabela de convergência, presente no apêndice VIII, se obteve um valor de qui-quadrado de 2,386 para um nível de significância de 0,112, o que também não permite rejeitar a ausência de relação entre as duas variáveis.

Ainda no âmbito da interferência nos cuidados, mas numa outra perspetiva, 42,7% do enfermeiros assumiu, de acordo com a análise da tabela 9, em resposta à pergunta 13 do questionário, ser mais provável continuar os esforços para reanimar uma criança em

RCRP se os membros da família estiverem presentes. Curiosamente, só um dos inquiridos referiu este facto como sendo um benefício, tal como se poderá constatar posteriormente na análise de conteúdo dos benefícios identificados.

**Tabela 9 – Ao ter os membros da família presentes os profissionais de saúde esforçam-se mais para reanimar uma criança?**

		Frequência	Percentagem
Resposta	Sim	56	42,7
	Não	75	57,3
	Total	131	100,0

Passando para a análise das experiências anteriormente vividas pelos enfermeiros que colaboraram com o estudo, nomeadamente em termos de presença de familiares durante a RCR de uma criança (perguntas 14 e 15 do questionário), importa referir que apenas 56,5% dos profissionais inquiridos, independentemente da sua experiência profissional, já se deparou com uma situação deste género. Dos referidos enfermeiros, 78,4% manifestaram inclusivamente que a sua experiência foi positiva, enquanto apenas 21,6% têm algo de negativo a apontar, tal como se pode ler na tabela 10.

**Tabela 10 – Experiências anteriores com a presença da família durante uma RCRP.**

				Avaliação da experiência? (Q15)	
				Positiva	Negativa
Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP? (Q14)	Sim	Contagem	74	58	16
		%	56,5	78,4	21,6
	Não	Contagem	57		
		%	43,5		

Ao questionar os participantes se, no decurso da sua atividade profissional, perante uma RCRP, algum membro da família já reclamou o direito ao acompanhamento de uma criança em PCR, dos 127 enfermeiros que responderam à pergunta 17 do questionário, 61 referiram que sim, enquanto 66 enfermeiros nunca foram sequer confrontados com esse problema (tabela 11).

**Tabela 11 – Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? E chegou a estar presente?**

				Se sim, chegou a estar presente? (Q18)	
				Sim	Não
Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? (Q17)	Sim	Contagem	61	49	12
		%	46,6	80,3	19,7
	Não	Contagem	66		
		%	50,4		
	Total		127 (96,9%)		
	Ausente		4 (3,1%)		

Ainda assim, considerando apenas os enfermeiros que já viveram uma situação deste tipo, em 80,3% das vezes que os familiares solicitaram a concessão do direito a estarem

presentes, estes acabaram efetivamente por ser autorizados a assistir aos procedimentos.

Complementando a informação já apresentada, mas agora no sentido da associação entre a experiência profissional num SUP e a opinião dos enfermeiros sobre o tema, procedeu-se ao estabelecimento de relações cruzadas entre a variável V5 (tempo de experiência num SUP) e as seguintes variáveis: V7, V12 e V16.

Para melhor trabalhar os dados, surgiu a necessidade de agrupar ainda mais os anos de experiência profissional, recodificando a variável V5 de modo a obter duas categorias de resposta, passando a figurar, por um lado, os enfermeiros com menos de 5 anos de experiência num SUP e, por outro, aqueles que já registam mais de 5 anos de serviço no referido local.

Procedendo ao cálculo dos valores de qui-quadrado e respetivos níveis de significância para cada tabela de contingência associada, foi possível construir a tabela 12, que mostra como, perante a amostra considerada, não foi possível chegar a conclusões consistentes dado os valores apresentados não permitirem excluir qualquer hipótese nula associada às hipóteses H4, H5 e H6.

**Tabela 12 – Resultado dos testes de Qui-quadrado / níveis de significância decorrentes da relação entre a experiência profissional dos enfermeiros num SUP e as V7, V12 e V16.**

		Hipótese testada	Valor Qui-quadrado	Nível de significância
Tempo de experiência profissional num SUP (+ ou - de 5 anos)	V7 – Reconhecimento do direito a presenciar uma RCRP	H4	1,599	0,206
	V12 – A presença da família interfere nos cuidados?	H5	2,058	1,151
	V16 – Momento para presenciar uma RCRP.	H6	0,995	0,608

Por fim, importa referir que após a apresentação dos resultados aqui realizada, todas as tabelas e gráficos decorrentes da análise estatística descritiva desenvolvida com recurso ao programa SPSS, podem ser consultados no apêndice VIII.

#### **4.3. Preocupações e benefícios manifestados pelos Enfermeiros**

Passando para a análise das variáveis relativas, por um lado, às preocupações dos enfermeiros e, por outro, aos benefícios associados à presença dos pais durante uma RCRP, implícitos nas perguntas 10 e 11 do questionário, respetivamente, e tratando-se estas de perguntas abertas, tal como mencionado na metodologia, para melhor

apresentar os resultados, foi necessário proceder a uma análise de conteúdo de cada resposta, tendo por base a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2004).

Para o efeito, foram criadas as dimensões “Preocupações” e “Benefícios”, sendo estabelecidas para cada uma delas onze categorias de resposta, baseadas numa análise prévia dos dados. A estas categorias associa-se ainda uma outra em cada dimensão, correspondente à manifestação deliberada de ausência de preocupações ou benefícios. Após lida a totalidade das respostas às perguntas 10 e 11 dos questionários, foi integrado o conteúdo de cada uma dentro da respetiva categoria, sendo possível quantificar, através da análise das diversas unidades de enumeração, as opiniões dos enfermeiros a este nível.

Antes de proceder à apresentação e análise sumária dos dados, importa referir que os 131 enfermeiros inquiridos manifestaram as suas opiniões, descrevendo sentimentos que foram identificados e categorizados num total de 333 unidades de registo (excetuando a ausência de preocupações e benefícios). Desta enumeração, embora cada enfermeiro pudesse manifestar diversos sentimentos/opiniões, identificaram-se 184 unidades de registo referentes a preocupações (55,26%) e 149 benefícios (44,74%), sobressaindo assim um número considerável de receios/inquietações que carece ser analisado ao pormenor.

Acrescentando a estes valores o facto de 14,5% dos inquiridos não identificarem qualquer benefício decorrente da presença de familiares durante procedimentos de RCRP, em contraste com 3,05% dos mesmos que, por sua vez, referem não ter qualquer preocupação perante esta prática, verifica-se, por outras palavras, que os enfermeiros pertencentes à amostra associam mais aspetos negativos do que positivos à problemática em estudo.

**TABELA 13 – Preocupações manifestadas pelos enfermeiros relativamente à presença dos pais/familiares durante procedimentos de RCRP.**

Preocupações	Unidades de Registo	Percent. (%)
Descontrolo emocional dos pais - Interferir nos cuidados / desautorizar os procedimentos	49	37,40
Experiência traumatizante - Sensibilidade e Emotividade dos pais	26	19,85
Aumento do <i>stress</i> dos profissionais de saúde	26	19,85
Necessidade de acompanhar os pais durante a RCRP, dando-lhes o devido suporte; Indisponibilidade	26	19,85
Ansiedade dos pais/familiares	25	19,08
Interpretações erradas dos procedimentos	10	7,63
Espaço físico inadequado - Dificuldade com a gestão do espaço físico	8	6,11
Necessidade de garantir o direito de escolha	7	5,34
Eventual intercorrência psicossomática dos pais/necessidade de prestação de cuidados aos pais	5	3,82
Incapacidade/desferimento para tomar decisões	1	0,76
Transmitir ansiedade à criança	1	0,76
Nenhumas Preocupações	4	3,05

Relativamente às principais preocupações dos enfermeiros quanto à presença dos pais durante procedimentos de RCRP (tabela 13), percebe-se desde logo que aquilo que estes mais receiam (37,40%) é o descontrolo emocional dos acompanhantes, ao ponto de interferirem nos cuidados prestados ou mesmo vir a desautorizar alguns procedimentos a serem desenvolvidos pela equipa.

Imediatamente a seguir, na lista das maiores preocupações surgem três categorias, sendo manifestadas cada uma delas por 19,85% dos enfermeiros. A este nível, destaca-se a ideia de que, assistindo a este tipo de cuidados, os pais podem viver uma experiência traumatizante, sobretudo perante a eventual indisponibilidade de pessoal diferenciado para os acompanharem, dando-lhes o devido suporte. Do mesmo modo é ainda referido o facto da presença dos familiares poder gerar um aumento dos níveis de *stress* dos próprios profissionais de saúde, podendo assim prejudicar o decurso dos procedimentos.

Com percentagem bastante semelhante é novamente referida a ansiedade, mas desta vez inerente aos próprios pais/familiares, ainda que sem interferir diretamente nos procedimentos (19,08%).

Para além destas preocupações mais marcadas, embora consideravelmente menos manifestado, surge o medo dos enfermeiros que os pais/familiares façam interpretações erradas dos procedimentos, nomeadamente quando não acompanhados por um profissional de saúde (7,63%), isto é, na sequência de uma outra preocupação já manifestada.

A desadequação de muitos espaços físicos onde os procedimentos de reanimação ocorrem é mencionada por 6,11% dos enfermeiros, ao que se seguem, com 5,34 e 3,82%, respetivamente, a necessidade de garantir o direito de escolha aos pais, para decidirem presenciar ou não a RCRP de um filho e a possibilidade de ocorrência de uma alteração do foro psicossomático, com necessidade de prestação de cuidados concomitantes aos mesmos.

Por fim, surgem ainda outras duas opiniões, entre elas a preocupação perante a incapacidade dos pais para tomarem decisões e o facto de poderem transmitir ansiedade à própria criança, quando esta se encontre consciente.



**TABELA 14 – Benefícios identificados pelos enfermeiros decorrentes da presença dos pais/familiares durante procedimentos de RCRP.**

Benefícios	Unidades de Registo	Percent. (%)
Visualizar todos os procedimentos / Perceber que tudo é feito pelos profissionais de saúde / Aceitação dos procedimentos	50	38,17
Melhora o processo de luto em caso de morte/Início precoce do processo	24	18,32
Ajuda na colheita imediata de dados/Antecedentes pessoais/História da doença atual	19	14,50
Transmitir segurança e tranquilidade à criança (quando consciente)	17	12,98
Diminuição da ansiedade/ Tranquilização da família	15	11,45
Não quebra a ligação com a criança/Sentimento de pertença/Momento confortante	10	7,63
Preservação dos direitos dos pais e criança	5	3,82
Manter os pais informados	3	2,29
Envolvimento na RCRP/ Colaboração dos pais /Participação na tomada de decisão	3	2,29
Melhora a confiança nos profissionais de saúde / Segurança / Credibilidade	2	1,53
Aumento dos esforços dos profissionais nos procedimentos de RCR perante a presença dos pais	1	0,76
Nenhuns Benefícios	19	14,50

Passando para a análise dos benefícios (tabela 14), à semelhança do manifestado pelos inquiridos em termos de preocupações, também uma categoria desta dimensão se destaca perante as restantes, com mais do dobro das unidades de registo da segunda maior categoria apresentada. Nesse sentido, 38,17% dos enfermeiros identificam como uma mais-valia a possibilidade dos pais/familiares visualizarem todos os procedimentos de RCRP realizados, no sentido de perceberem tudo aquilo que é feito pelos seus filhos, constatando nomeadamente os esforços dos profissionais de saúde ao serem chamados a reanimar uma criança.

Em segundo lugar, no caso de morte da criança, 18,32% dos enfermeiros destacam a vantagem relativa ao início precoce de um eventual processo de luto. Nos lugares seguintes da enumeração dos benefícios implícitos à incorporação dos pais no cenário onde decorre a RCRP dos filhos, é reconhecida a importância dos mesmos em termos da colheita de dados relacionados com a história da doença atual da criança.

Em situações de peri-PCR, isto é, quando a criança ainda se encontra consciente, para 12,98% dos enfermeiros, os pais/familiares podem transmitir-lhe alguma segurança e serenidade, ao mesmo tempo que eles próprios acabam por ficar menos ansiosos perante o processo que decorre (11,45%). Desta forma, é possível manter a ligação com a criança e fazer deste momento adverso algo minimamente reconfortante para ambos, tal como identificam 7,63% dos inquiridos.

Com 5 unidades de registo, correspondente a 3,82% das opiniões referentes a benefícios, surge a preservação dos direitos dos pais e crianças, independentemente

do já identificado noutras questões anteriores sobre o direito de acompanhar utentes pediátricos em SUP, nomeadamente durante uma RCRP.

Na tabela anterior, pode ainda constatar-se que 2,29% dos enfermeiros defende a importância de manter os pais informados e igual percentagem acrescenta ainda o envolvimento dos mesmos na RCRP como sendo uma mais-valia, a ponto de melhorar a confiança nos profissionais de saúde (1,53%).

Por fim, apenas um enfermeiro, mencionou o já explorado na análise da pergunta número 13 do questionário, encarando o aumento dos esforços dos profissionais perante a presença de pais/familiares durante uma RCRP como sendo um benefício.

## V – Discussão dos Resultados

Após a apresentação e breve análise dos dados realizada no capítulo anterior, é chegada a altura de percebê-los com maior detalhe, enquadrando os resultados obtidos perante cada um dos objetivos específicos previamente estipulados.

Caracterizada que se encontra a amostra, enquanto grupo de enfermeiros a desempenhar funções em UP de diferentes hospitais de Portugal Continental, com diferentes experiências profissionais e níveis de diferenciação, foi possível perceber, de forma global, as suas opiniões e vivências no âmbito da problemática em estudo.

Numa primeira fase, um aspeto que se evidencia, é o facto de cerca de três quartos dos enfermeiros inquiridos, mesmo desempenhando funções num SUP, não ser detentor da especialidade em saúde infantil e pediátrica. Para além disto, foi possível constatar que, embora o tempo médio de experiência profissional se aproxime dos catorze anos, a tradução desta experiência num serviço altamente diferenciado, como é um SUP, não se aproxima, na sua maioria, destes valores.

Não obstante, independentemente da diferenciação e experiência profissional dos enfermeiros inquiridos, em resposta ao **primeiro objetivo** específico da investigação, importa ressaltar que a grande maioria dos mesmos (87,8%), reconhece o direito ao acompanhamento de familiares em situações de RCRP. Ainda assim, tratando-se este direito do conteúdo de uma Lei, enquanto cidadãos, todos deveriam conhecê-la e procurar respeitá-la. Do mesmo modo, no papel de profissionais de saúde a desempenhar funções em contexto de urgência pediátrica, todos os enfermeiros deveriam, idealmente, reconhecer os desígnios recentemente emanados pelas entidades competentes em termos de RCR, tal como se pode ler nas *Guidelines* do ERC segundo Biarent *et al.* (2010) e Monsieurs *et al.* (2015).

Aprofundando um pouco mais o referido objetivo, ao passar do reconhecimento teórico do direito à presença de familiares durante uma RCRP, para a opinião dos enfermeiros no sentido mais prático da questão, foi ainda realizado um cruzamento de dados de modo a identificar que familiares devem usufruir desse direito. Deste modo, constatou-se que a maioria dos enfermeiros que reconhecem o direito ao acompanhamento de uma criança em PCR assume igualmente que apenas alguns dos familiares devem ser autorizados a estar presentes durante os procedimentos. A par destes profissionais, uma parte dos que não reconhecem o referido direito, curiosamente, admite que alguns familiares deverão estar presentes durante os procedimentos, o que aumenta o número de pessoas a admitir, apesar de tudo, a presença de familiares durante uma RCRP.

Analisando estes dados à luz da opinião manifestada pelos peritos na área previamente consultados, subentende-se que, de acordo com os enfermeiros que participaram no estudo, apenas as pessoas de referência para a criança deverão poder acompanhá-la durante os procedimentos. Tal informação pode inclusivamente ser extraída de outro ponto analisado, na medida em que 61,1% dos inquiridos reconheceu especificamente que os pais devem ser autorizados a assistir aos cuidados de RCR do seu filho, o que mais uma vez corrobora a ideologia anteriormente defendida.

Relativamente ao **segundo objetivo** da presente investigação, mais concretamente a opinião dos enfermeiros sobre o momento em que deve ser dada oportunidade aos pais/familiares para assistirem aos procedimentos de RCR de uma criança, importa ressaltar que apenas 15% dos enfermeiros assumiu prontamente que tal nunca deverá acontecer. Independentemente desta pequena percentagem discordante, cerca de um terço da amostra admitiu que os pais deverão ser autorizados a estar junto da criança apenas no final dos procedimentos, enquanto praticamente metade dos inquiridos manifestou que os mesmos, querendo, devem poder assistir a todas as fases da RCR.

Estes dados têm uma leitura bastante interessante, na medida em que, ao serem confrontados com as respostas obtidas ao nível do primeiro objetivo já referido, verificam-se diferentes visões por parte dos inquiridos. Deste modo, enquanto 87,8% dos enfermeiros reconhecia o direito ao acompanhamento de crianças em PCR, apenas 48% admite esse mesmo direito em todas as fases da RCRP. Perante esta diferença de percentagens, percebe-se desde logo que nem todos os enfermeiros que reconhecem o direito à presença dos pais em contexto de RCRP, na prática, consideram que estes devam estar presentes, mostrando estar ainda algo “presos” à ideologia de outros tempos, tal como referem Nishisaki e Diekema (2011) e Mekitarian (2013).

Nesse sentido, admite-se a necessidade de formação adicional aos enfermeiros, nomeadamente em termos práticos, reforçando o defendido na revisão da literatura por Jolley e Shields (2009), Perry (2009) e também por Pye, Kane e Jones (2010).

Para além disto, a formação deve ainda ser alargada a outros profissionais que desempenhem funções na área das UP e possam partilhar das mesmas opiniões divergentes, no sentido de levar à reflexão por parte de todos, despertando a população para as práticas atualmente desenvolvidas em diferentes partes do globo e prontamente assumidas pelas entidades competentes a nível europeu (Biarent *et al.*, 2010; Monsieus *et al.*, 2015).

A formação profissional e/ou em serviço, a par da formação académica, deverá ser igualmente preponderante no sentido de capacitar os enfermeiros para que, a eventual

presença de familiares em contexto de RCRP não interfira com os cuidados prestados.

Isto porque, no âmbito do **terceiro objetivo** desta investigação, identificou-se que 70,2% dos enfermeiros, ao partilhar o mesmo espaço físico onde desenvolvem procedimentos de RCR com os familiares de uma criança, admite que os cuidados podem ser afetados.

Estes dados estão de acordo com a evidência apresentada na fundamentação realizada, na medida em que, muitos profissionais, por falta de experiência em termos de RCR, manifestam relativa insegurança ao terem familiares a assistir aos procedimentos por eles desenvolvidos (Egemen, 2006; Mekitarian, 2013; Reis, 2015).

Por conseguinte, cerca de 42,7% dos enfermeiros assume que, ao ter familiares presentes, se vêm obrigados a aumentar os esforços para reanimar uma criança, o que, apesar de tudo, não deveria acontecer, pois os profissionais que são chamados a desempenhar estas funções deveriam dar o seu máximo em todos os momentos, tal como preconiza Biarent *et al.* (2010).

Relativamente ao **quarto objetivo** deste trabalho, mais concretamente a avaliação da perceção da temática estudada em enfermeiros com diferentes níveis de diferenciação/experiência profissional em urgência pediátrica, testaram-se várias hipóteses relacionadas com as referidas variáveis independentes. A este nível, constatou-se a existência de diferentes opiniões, algumas das quais sem relação evidente com os fatores previamente identificados.

Ainda assim, a perceção da diferenciação profissional e a sua influência sobre a opinião dos enfermeiros relativamente à presença de familiares durante procedimentos em contexto de RCRP, assume especial importância, nomeadamente quando questionados os participantes em relação ao reconhecimento do direito ao acompanhamento.

Decorrente dos valores obtidos nos testes realizados, nomeadamente o qui-quadrado e nível de significância associado, remetendo para a hipótese H1 formulada no sentido da identificação da relação entre o nível de diferenciação e a capacidade de reconhecer o direito legal dos familiares presenciarem uma RCRP, admitindo que uma eventual hipótese nula (H0) ditaria a ausência desta relação, foi possível rejeitá-la *a priori*, assumindo deste modo a hipótese alternativa.

Posto isto, admite-se que o nível de diferenciação afeta, a este nível, a opinião dos profissionais, sendo possível referir com um grau de confiança de 95%, que os enfermeiros especialistas reconhecem mais o direito das famílias presenciarem uma RCRP do que os outros profissionais que apenas têm como formação base o curso de licenciatura em enfermagem.

Considerando que os enfermeiros, na sua formação adicional de especialização, acabam por ver as suas competências desenvolvidas, muito para além do empirismo, isto é, na base do aprofundamento teórico de algumas questões, onde se inclui o direito e a gestão, percebe-se assim como a formação, mais uma vez, acaba por ser preponderante na otimização do pensamento e respetivo desempenho dos profissionais.

Contudo, a anteriormente mencionada disparidade de opiniões, acabou por ter tradução estatística, nomeadamente na leitura feita aos testes relativos às hipóteses previamente enumeradas desde a H2 até à H6, à luz dos quais não foi possível assumir a existência de relações entre as variáveis associadas. Isto porque, perante os testes de qui-quadrado efetuados, a cada hipótese referida, sobrepõe-se a impossibilidade de negação da respetiva hipótese nula ( $H_0$ ) que dita a ausência de relação entre cada uma das variáveis implícitas.

Isto leva a pensar que, baseado no desempenho de funções de cada profissional, deverão existir fatores adicionais que não foram considerados no estudo e que poderão influenciar a opinião de cada um sobre a possibilidade dos pais de uma criança presenciarem os procedimentos de RCR da mesma. Posto isto, não foi possível avaliar claramente no presente trabalho a perceção da temática estudada em enfermeiros com diferentes níveis de diferenciação/experiência profissional na área da urgência pediátrica, de modo a construir uma resposta mais concreta ao quarto objetivo mencionado.

Em todo o caso, relativamente à experiência profissional, embora na presente investigação não tenha sido estabelecida qualquer comparação com outros profissionais que não os enfermeiros a desempenhar funções num SUP, é importante recordar o descrito por Fulbrook, Albarran e Latour (2005). Estes autores perceberam a diferença entre os enfermeiros de um SUP e outros que não desenvolvem a sua atividade em contexto de urgência, com um claro favorecimento dos primeiros em termos do desempenho perante a problemática estudada, pelo que se sugere futuramente um aprofundamento da presente investigação nesse sentido.

Precisamente por esse facto e, tendo em conta que, mesmo incidindo a amostra em enfermeiros pertencentes unicamente a equipas de SUP, alguns deles ainda registam poucos anos de experiência na área (32,1% com menos de 5 anos) defende-se mais uma vez a necessidade de frequência por parte destes profissionais de formação específica, regular e inclusivamente obrigatória em RCR.

Para além disto, nesta mesma formação dever-se-á passar a considerar a presença dos

pais na sala de reanimação, tal como realizado na prática simulada descrita no estudo de Pye, Kane e Jones (2010) e, só aí, se poderá constatar se os resultados da mesma, na realidade portuguesa, serão os mais adequados, levando à diminuição dos medos e respetivas opiniões negativas por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Passando para o **quinto objetivo** delineado nesta investigação, procurou-se identificar, tendo por base a experiência passada dos enfermeiros dos SUP estudados, se a presença de familiares em contexto de RCRP já é uma realidade e se esta se tem revelado uma experiência positiva ou negativa.

A este nível, 66 dos enfermeiros inquiridos (46,6%) começaram por referir nunca ter colaborado em nenhuma RCRP em cujos familiares tenham solicitado estar presentes. Ainda assim, dos 61 profissionais que manifestaram já ter sido confrontados com esta questão, em 80,3% dos casos, os familiares acabaram mesmo por presenciar a RCRP.

Estes valores assumem alguma expressão, pois traduzem basicamente o cumprimento dos desígnios expressos na lei portuguesa, revelando inclusivamente alguma evolução nesta matéria, à semelhança do já praticado noutros países, tal como descrito por Meeks (2009), Ferreira (2011) e Mekitarian (2013).

Numa percentagem muito próxima dos enfermeiros que nunca se viram confrontados com o pedido de um familiar para acompanhar uma criança em PCR, embora noutra perspetiva, 43,5% dos inquiridos referiu inclusivamente nunca ter vivido qualquer experiência com a presença da família durante uma RCRP. Tal percentagem, embora corresponda a menos de metade dos inquiridos, não deixa de ser expressiva, acabando por dificultar o estabelecimento de conclusões consistentes para o estudo e, nomeadamente para a generalização dos resultados à globalidade dos enfermeiros a desempenhar funções nas UP portuguesas.

Contudo, é perceptível que esta ausência de experiências relacionadas poderá contribuir para aumentar a insegurança dos profissionais quando se trata de prestar cuidados de RCRP diante de familiares, o que reforça a necessidade de treino em equipa (Vaz; Alves; Ramos, 2016) e a eventual criação de protocolos facilitadores da atuação em situações de PCR, admitindo o acompanhamento dos utentes (Reis, 2015).

Em todo o caso, tal como referido no capítulo anterior, importa ressaltar que, para a maioria dos profissionais que já vivenciaram experiências com a presença dos pais durante procedimentos de RCRP, a experiência foi positiva, o que traduz um dos dados mais importantes a reter neste estudo.

Perante a expressão destes números, torna-se possível não só responder a um dos objetivos da investigação, como também à questão de partida que a motivou, pois se a

experiência com a presença de familiares durante procedimentos de RCRP, para a maioria dos enfermeiros, foi positiva, subentende-se que estes a encaram como benéfica.

Cruzando estes dados com a evidência apresentada, comprova-se assim que, à semelhança do afirmado por Twibell *et al.* (2008), para os profissionais que desenvolvem procedimentos de RCR na presença de familiares, existem mais benefícios do que riscos. Este facto deve portanto ser alvo de uma profunda reflexão no seio dos serviços onde foi desenvolvido o presente trabalho e inclusivamente noutros onde se venha a perceber, com o passar do tempo, a pertinência desta temática para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao **sexto e último objetivo** específico previamente estabelecido, mais concretamente ao nível das principais preocupações e benefícios identificados pelos enfermeiros relativamente à presença de familiares durante práticas de RCRP, olhando para o total de unidades de registo identificadas no conjunto das duas respostas abertas do questionário, o dado que mais sobressai é a existência de mais preocupações do que benefícios. Estes dados, embora não estabeleçam qualquer paralelismo com outros profissionais de saúde, acabam por ir ao encontro do mencionado por Mekitarian e Ângelo (2015), quando identificaram a classe de enfermagem como sendo uma das que mais preocupações refere e, como tal, mais entraves tem colocado à presença de familiares em contexto de RCRP.

Após a abordagem mais aprofundada de cada categoria identificada no capítulo anterior, destaca-se a principal preocupação manifestada por 49 profissionais, sendo ela o descontrolo emocional dos pais e a possibilidade dos mesmos interferirem ou até desautorizarem os procedimentos, o que reforça inclusivamente as conclusões obtidas perante o terceiro objetivo supracitado e havia já sido mencionado na fundamentação por Mekitarian (2013) e Ferreira *et al.* (2014).

A referida preocupação sobressai entre as restantes, sendo mencionada praticamente o dobro das vezes do que cada uma das quatro categorias seguintes, entre elas o facto de se tratar de um momento traumatizante para os pais, gerador de grande ansiedade e decorrente do qual emerge a necessidade de os acompanhar e suportar ao longo de todo o processo. Caso contrário, os enfermeiros admitem um aumento dos seus níveis de *stress* ao ponto de poderem comprometer a sua atuação.

Curiosamente, embora tendo sido registadas, de forma global, mais preocupações do que benefícios, a categoria mais expressiva de cada uma das dimensões assumiu semelhantes valores quantitativos, sendo que, a par das 49 unidades de registo



associadas à maior preocupação, houve 50 enfermeiros a mencionar o maior benefício identificado e que foi o facto dos pais/familiares poderem visualizar todo o processo, percebê-lo e assim aceitá-lo. De acordo com a evidência apresentada na fundamentação teórica, Maxton (2008), no contexto anglo-saxónico em que realizou a sua investigação, já apresentava o referido benefício como sendo uma das principais mais-valias da presença dos pais na sala de reanimação, pelo que se torna bastante interessante ter chegado às mesmas conclusões nos SUP portugueses estudados.

Para além disto, incluídos nos principais benefícios decorrentes da presença dos pais junto de uma criança em PCR, os enfermeiros mencionaram ainda o importante contributo que se pode extrair da proximidade física de um familiar, na otimização do processo inicial de colheita de dados, visando nomeadamente a correção precoce de possíveis causas reversíveis.

Numa perspetiva sequencial dos procedimentos, com a criança eventualmente consciente num primeiro momento, a família poderá ainda ser fundamental no sentido de transmitir a segurança e tranquilidade necessárias à mesma. Concomitantemente, tal facto poderá igualmente resultar na diminuição da ansiedade da própria família.

Na conclusão dos procedimentos, nada mais havendo a fazer para salvar a vida da criança, a presença dos pais no momento da morte, poderá ainda facilitar o início precoce de um processo de luto, ao tocarem o corpo ainda quente do filho pela última vez, reforçando assim o já referido na fundamentação previamente realizada por Twibell *et al.* (2008), Perry (2009), Biarent *et al.* (2010) e ainda Mekitarian (2013).

Estes e outros benefícios manifestados pelos enfermeiros inquiridos levam a pensar que, independentemente das preocupações associadas, tal como anteriormente manifestado, a presença de pais/familiares poderá efetivamente ser benéfica durante procedimentos de RCRP tendo contudo que haver ainda um grande trabalho por parte dos hospitais, profissionais e da própria população para que tal seja possível.

Finda a discussão dos resultados, na base da exploração de conclusões capazes de responder adequadamente a cada um dos objetivos específicos enunciados, importa ainda mencionar algumas das limitações vividas ao longo do trabalho, a maior parte das quais tiveram forçosamente que ser ultrapassadas para que fosse possível chegar, com o desejado sucesso, a este ponto.

Em primeiro lugar, a maior parte da evidência científica previamente apresentada e que foi aqui novamente citada, é oriunda de outros países, nomeadamente dos Estados Unidos da América. Esta realidade é todavia muito diferente do contexto português, pelo que, a escassez de dissertações e outros trabalhos de campo no domínio nacional,

visando a especificidade da problemática discutida, em termos de pediatria, dificultaram a contextualização da mesma. Deste modo, foi necessário desenvolver uma pesquisa bibliográfica criteriosa para realizar um enquadramento teórico à altura do problema estudado, tendo sido inclusivamente construída uma revisão sistemática da literatura que permitiu ultrapassar esta contrariedade.

Outra das dificuldades sentidas, que acaba por ser transversal a muitos dos artigos consultados, nomeadamente quando se pretende estabelecer paralelismos com outras realidades, refere-se à influência da culturalidade dos participantes, tendo em conta que as suas crenças e valores são muito variáveis nas diferentes partes do globo e mesmo dentro do próprio país como aqui se comprovou, ao ponto de não se conseguirem extrair conclusões decorrentes do relacionamento entre algumas das variáveis em estudo.

Mesmo assim, faltava um trabalho de investigação como este, adaptado à realidade portuguesa, pelo que a redação do mesmo foi acrescida de imensa responsabilidade e para a qual teria sido benéfico dispor de um maior intervalo temporal, no sentido da melhor análise, discussão e revisão dos conteúdos apresentados.

Baseando-se esta investigação na aplicação de questionários, a duração de todo o processo, desde a obtenção das autorizações necessárias por parte das instituições implicadas, passando pela posterior validação dos questionários e terminando na respetiva aplicação e obtenção dos mesmos, acabou por fazer com que os prazos previamente planeados tivessem que ser permanentemente reajustados.

Dificultando todo o processo, os serviços estudados, ao integrarem hospitais bastante distantes geograficamente, acabaram também por comprometer a obtenção de algumas respostas em tempo útil. Do mesmo modo, houve ainda alguns questionários entregues que não chegaram a ser preenchidos, sendo que, a maioria dos enfermeiros incluídos na amostra exercem funções por turnos e nem sempre estão presentes e disponíveis para responder às questões colocadas.

O tempo foi ainda preponderante ao nível do processo de amostragem, sendo que, os vieses causados pela necessidade de proceder a uma seleção da amostra por conveniência e autosseleção dos hospitais e respetivos enfermeiros, dificultaram o estabelecimento de generalizações.

Em todo o caso, recorde-se que, dos 29 hospitais inicialmente contactados, conseguiu-se estudar mais de um terço, num total de 131 enfermeiros de SUP de Norte a Sul de Portugal, o que, independentemente da referida limitação, não deixa de ser um aspeto positivo a valorizar, conferindo alguma relevância às conclusões do estudo para todos os contextos similares aos dos serviços aqui estudados.

Ainda assim, a amostra, embora considerável, desejavelmente deveria ser estatisticamente significativa para o estabelecimento de generalizações consistentes na base do paralelismo com o restante contexto nacional português, pelo que se recomendam novas investigações complementares, com similar ideologia e até mesmo igual metodologia, mas alargadas a outras instituições e mais classes profissionais.

Contudo, independentemente deste facto, à semelhança do referido por Mekitarian e Ângelo (2015) a par de Reis (2015), também aqui se opta por ter alguma prudência na generalização dos resultados, tendo em conta os mais variados fatores que podem interferir com a interpretação do problema investigado, preferindo ressaltar a importância dos resultados alcançados no contexto onde surgiram.

Pretende-se assim que as conclusões da investigação sejam da maior utilidade, primeiro que tudo, para os hospitais e respetivos serviços que nela colaboraram e, posteriormente, para outros que possam vir a demonstrar interesse por esta problemática, tão atual e ao mesmo tempo controversa.

Em suma, tendo alcançado os objetivos inicialmente delineados, considera-se que o resultado da presente investigação é muito positivo, ao ponto de poder ser divulgada, trazendo para a realidade portuguesa a reflexão na base da discussão do problema que conduziu à colocação da questão de investigação e aqui acabou por ser respondido.



## VI – Conclusão

Perante a inexistência de investigações publicadas em Portugal, no contexto específico em que o presente trabalho surge, o mesmo revestiu-se desde o início de um carácter pioneiro, com as dificuldades que são subjacentes a este tipo de condição, as quais acabaram por acompanhá-lo ao longo de todo o caminho percorrido.

Precisamente por este facto, a investigação viu-se afetada por diversas limitações e vieses, associados a outros fatores igualmente identificados que, em última análise, apenas dificultam, sem contudo impedir perentoriamente a generalização dos resultados obtidos à população que se pretendia estudar numa primeira fase e que corresponderia à globalidade dos enfermeiros dos SUP portugueses.

Ainda assim, assente na evidência consultada e posterior desenvolvimento prático da investigação, foi possível perceber, globalmente, a problemática no contexto estudado, esclarecendo diversas questões inerentes a cada um dos objetivos do trabalho. Recorde-se que, no âmbito do enquadramento que o motivou, estudou-se a realidade de alguns serviços de saúde portugueses, nomeadamente de 10 SUP de hospitais públicos de Portugal Continental localizados em capitais de distrito e outros nos distritos da Grande Lisboa e Grande Porto.

Em jeito de síntese, tendo em conta a amostra consultada e, na base dos objetivos previamente estipulados, foi possível perceber que ainda nem todos os enfermeiros reconhecem o direito ao acompanhamento de crianças durante a realização de procedimentos de RCRP. Contudo, a maior parte, com algum grau de associação à diferenciação profissional, já o faz, o que não deixa de ter uma leitura bastante positiva, mas ao mesmo tempo insuficiente, pelo que se sugere desde logo o desenvolvimento de formação diferenciada perante os enfermeiros dos SUP.

Para além disto, a inexistência, em muitos casos, de experiências anteriores em termos de prestação de cuidados de RCRP perante a presença de pais/familiares, à luz daquilo que era defendido e inclusivamente cultural em muitos serviços, durante largos anos, acaba por ser preponderante na referida manutenção desses comportamentos perante pouco menos de metade da amostra inquirida.

Culturalmente, verifica-se ainda que, não só por parte dos profissionais se regista alguma renitência ao nível da problemática estudada, mas também por parte dos próprios cidadãos. Isto porque, em contexto de PCR de uma criança, em praticamente metade das situações, segundo os enfermeiros que colaboraram com o estudo, os

próprios pais não solicitam sequer a permissão para acompanharem os filhos durante os procedimentos de RCRP, fazendo valer o seu direito. Ainda assim, é importante verificar que, da mesma forma que mais de 80% dos participantes no estudo reconhece o direito ao acompanhamento de crianças em PCR, também cerca de 80% dos enfermeiros refere que, em situações onde os pais questionam esse direito, o mesmo é concedido.

Mediante o exposto, indo ao encontro de outros estudos referenciados, nomeadamente os de Meeks (2009) e Mekitarian e Ângelo (2015), com este estudo, percebeu-se que, embora a presença da família ainda não seja assumida em todos os contextos, as famílias começam a entrar cada vez mais nas salas de reanimação dos SUP.

Olhando para os resultados de outra forma, acaba por ser também igualmente importante constatar que as vivências relatadas pelos enfermeiros, quando desenvolvidos os procedimentos na presença dos pais, são maioritariamente positivas. Identificam-se assim os benefícios da presença física dos familiares durante uma RCRP em detrimento das preocupações que pudessem até então existir, nomeadamente assentes no facto de ser possível, com a visualização dos procedimentos, ter a perceção dos esforços dos profissionais de saúde para salvar a vida da criança.

Contudo, decorrente da investigação, sobressai ainda a existência de muitas preocupações por parte dos enfermeiros, sobretudo em termos da possibilidade de interferência nos cuidados por parte de pais/familiares que possam vir a assistir aos procedimentos de RCRP, registando-se inclusivamente mais preocupações do que benefícios.

Esta é uma mentalidade que deverá ser alvo de grande trabalho por parte das próprias instituições de saúde, as quais deverão começar a formar os seus profissionais na área da RCR tendo por base a evidência apresentada e aqui demonstrada, acompanhando a evolução dos tempos, a par de outros países ditos desenvolvidos, dos quais Portugal não se deverá destacar pela negativa.

Por tudo isto, as conclusões obtidas com este estudo pioneiro no país, consideram-se bastante relevantes, tendo respondido de forma clara a praticamente todos os objetivos da investigação, no seio da amostra considerada, pelo que se pretende que a sua divulgação motive outros trabalhos similares ou até mais alargados nesta área, só por si, tão problemática.

Recomenda-se assim que cada serviço da especialidade que a este documento tenha acesso, atente nos resultados obtidos enquanto evidência que acaba de ser criada e reflita também na sustentação do mesmo em termos de revisão bibliográfica

apresentada. Posteriormente, desafiavam-se os mesmos serviços a realizarem um estudo mais aprofundado do seu próprio contexto, abrangendo inclusivamente outras categorias profissionais implicadas no processo de RCRP.

Isto acabará por dar continuidade ao trabalho que aqui se iniciou, podendo um dia mais tarde obter os desejados frutos, com a implementação de diretrizes na forma de normas e procedimentos adequados às boas práticas defendidas por investigadores e outras entidades de referência aqui mencionadas.

Para que tal seja possível, é fundamental destacar ainda um dado que não foi trabalhado diretamente em termos práticos ao nível da presente investigação e que é a necessidade de criar condições para que o acompanhamento de crianças em PCR seja possível. Mesmo assim, recorde-se que alguns profissionais acabaram por referir na descrição das suas preocupações este facto que é igualmente consubstanciado por muitos autores na evidência previamente apresentada. Entenda-se a este nível, por um lado, a necessidade de criar espaços físicos adequados para o desenvolvimento dos procedimentos de RCR, privilegiando a existência de um local específico para os familiares, querendo e podendo, acompanharem as crianças de perto, sem interferirem com os cuidados. Por outro lado, é igualmente importante considerar a possibilidade de reforçar as equipas de urgência, nomeadamente ao nível da enfermagem, perspetivando a possibilidade de existir um profissional com formação própria para acompanhar os familiares durante a prestação de cuidados emergentes.

Só assim será possível prestar o devido apoio e fornecer as informações/explicações necessárias ao enquadramento de pessoas estranhas ao SUP, mas ao mesmo tempo tão importantes para a criança que, pelos piores motivos, está no centro das atenções dos profissionais que ali trabalham. Isto porque, se tal não acontecer, surge a possibilidade desta se tornar uma experiência traumatizante para os pais e onde os cuidados podem mesmo ser afetados, com prejuízo para todas as partes envolvidas e, principalmente, para a criança que necessita da maior atenção, empenho e profissionalismo a cada segundo que passa.

Deste modo, será possível otimizar o desempenho de cada SUP nomeadamente em termos da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da RCR ao utente pediátrico como um todo, indissociável, desde que para tal existam condições, do seu núcleo familiar direto. Tudo isto, numa perspetiva de prestação de cuidados centrados na família e na base do respeito pelos direitos conferidos a cada cidadão pelas sociedades modernas como se pretende que seja, no futuro, não apenas uma parte (aqui estudada), mas sim a globalidade da realidade portuguesa.





## Referências bibliográficas

- ❖ ALGREN, C. – Role perception of mothers who have hospitalized children. **Child Health Care**. 14 : 1 (1985) 6-9.
- ❖ AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. – Practice alert: family presence during resuscitation and invasive procedures. [Em linha]. American Association of Critical-Care Nurses, 2016 [Consult. 19 Fev. 2016]. Disponível em: <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PracticeAlerts/Family%20Presence%2004-2010%20final.pdf>.
- ❖ BARDIN, L. – Análise de conteúdo. 3ªed. São Paulo : Edições 70, 2004.
- ❖ BIARENT, D. [et.al.] – European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 Section 6 : Pediatric life support. [Em linha]. **Resuscitation**. 81 : 1 (Outubro 2010) 1364-1388. [Consult. 19 Fev. 2016]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957210004387>.
- ❖ BROWN, K. – Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. **CJEM: Canadian Journal of Emergency Medicine**. 10 : 1 (Janeiro 2008) 38-43.
- ❖ CUNHA, A.; FERREIRA, J.; RODRIGUES, M. – Atitude dos enfermeiros face ao sistema informatizado de informação em enfermagem. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. 3 : 1 (Julho 2010) 7-16. [Consult. 15 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn1/serlIn1a02.pdf>.
- ❖ DOYLE, C. [et.al.] – Family participation during resuscitation : an option. **Annals of Emergency Medicine**. 16 : 6 (Junho 1987) 673-675.
- ❖ EGEMEN, A. [et.al.] – Parental presence during invasive procedures and resuscitation: attitudes of health care professionals in Turkey. **Pediatric Emergency Care**. 22 : 4 (Abril 2006) 230-234.
- ❖ EGGING, D. [et.al.] – Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. [Em linha]. **Journal of Emergency Nursing**. 37 : 5 (Setembro 2011) 469-473. [Consult. 15 Fev. 2016]. Disponível em: [http://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(11\)00202-9/pdf](http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(11)00202-9/pdf).
- ❖ EICHHORN, D. [et.al.] – Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. **American Journal of Nursing**. 101 : 5 (Maio 2001) 48-55.
- ❖ FERREIRA, A. – A presença dos pais em situação de ressuscitação cardiopulmonar. **Salutis Scientia**. 3 : 11 (Novembro 2011) 24-30.

- ❖ FERREIRA, C. [et.al.] – Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. [Em linha]. **Revista Paulista de Pediatria**. 32 : 1 (2014) 107-113. [Consult. 20 Fev. 2016]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822014000100107&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000100107&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
- ❖ FULBROOK, P.; ALBARRAN, J.; LATOUR, J. – A European survey of critical care nurses attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. [Em linha]. **International Journal of Nursing Studies**. 42 : 5 (Julho 2005) 557-568. [Consult. 20 Fev. 2016]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748904001580>.
- ❖ FULBROOK, P.; ALBARRAN, J.; LATOUR, J. – Pediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey. [Em linha]. **International Journal of Nursing Studies**. 44 : 7 (Setembro 2007) 1238-1249. [Consult. 20 Fev. 2016]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906001593>.
- ❖ GONZÁLEZ, G.; TOMÁS, R.; ETXANIZ, J. – Family presence during pediatric emergency procedures: the perspectives of family and medical staff. **Emergencias**. 22 (2010) 175-180.
- ❖ GROSS, A. [et.al.] – The effect of mother-child separation on the behavior of children experiencing a diagnostic medical procedure. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 51 : 5 (Outubro 1983) 783-785.
- ❖ HOCKENBERRY, M. – Wong-Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ªed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006.
- ❖ HUNG, M.; PANG, S. – Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. **Journal of Advanced Nursing**. 67 : 1 (Janeiro 2011) 56-67.
- ❖ JOLLEY, J.; SHIELDS, L. – The evolution of family-centered care. **Journal of Pediatric Nursing**. 24 : 2 (Abril 2009) 164-170.
- ❖ LEI n.º 15/2014. D.R. Iª Série. 57 (21-03-2014) 2129-2130 – Lei Consolidando a Legislação em Matéria de Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde.
- ❖ LEI n.º 33/2009. D.R. Iª Série. 134 (14-07-2009) 4467 – Direito de Acompanhamento dos Utentes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- ❖ MAXTON, F. – Parental presence during resuscitation in the PICU : the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. **Journal of Clinical Nursing**. 17 : 23 (Dezembro 2008) 3168-3176.
- ❖ MEEKS, R. – Parental presence in pediatric trauma resuscitation : one hospital's experience. **Pediatric Nursing**. 35 : 6 (Nov. Dez 2009) 376-380.

- ❖ MEKITARIAN, F. – A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de Saúde, 2013. Dissertação elaborada no âmbito do Programa da Pós-graduação em Enfermagem.
- ❖ MEKITARIAN, F.; ÂNGELO, M. – Presença da família em sala de emergência pediátrica : opiniões dos profissionais de saúde. **Revista Paulista de Pediatria**. 33 : 4 (Dezembro 2015) 460-466.
- ❖ MEYERS, T. [et.al.] – Family presence during invasive procedures and resuscitation. **American Journal of Nursing**. 100 : 2 (Fevereiro 2000) 32-42.
- ❖ MONSIEURS, K. [et.al] – European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 : Section 1 : executive summary. **Resuscitation**. 95 (2015) 1-80.
- ❖ NISHISAKI, A.; DIEKEMA, D. – Mind the gap and narrowing it: Family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. [Em linha]. **Resuscitation**. 82 (Março 2011) 655-656. [Consult. 03 Março. 2016]. Disponível em [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(11\)00223-1/pdf](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(11)00223-1/pdf).
- ❖ PERRY, S. – Support for parents witnessing resuscitation : nurse perspectives. **Pediatric Nursing**. 21 : 6 (2009) 26-31.
- ❖ PYE, S; KANE, J.; JONES, A. – Parental presence during pediatric resuscitation: the use of simulation training for cardiac intensive care nurses. **Journal for Specialist in Pediatric Nursing**. 15 : 2 (2010) 172-175.
- ❖ REIS, A. – A presença da família durante procedimentos invasivos e de ressuscitação em pediatria. **Revista Paulista de Pediatria**. 33 : 4 (Dezembro 2015) 377-378.
- ❖ SHAW, E.; ROUTH, D. – Effect of mother presence on children's reaction to aversive procedures. **Journal of Pediatric Psychology**. 7 : 1 (1982) 33-42.
- ❖ TWIBELL, R. [et.al.]. – Nurse's perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. **American Journal of Critical Care**. 17 : 2 (Março 2008) 101-111.
- ❖ VAZ, J.; ALVES, R.; RAMOS, V. – Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou em procedimentos dolorosos. [Em linha]. **Enfermería Global**. 41 (Janeiro 2016) 387-398. [Consult. 20 Jun. 2016]. Disponível em <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/216951/188641>.

## APÊNDICES

## **Apêndice I**

Autorização para utilização do questionário (Meeks, 2009)

Parental presence study

Entrada x

**Meeks, Reylon A.** 8 de fev

Good morning. I am thrilled you read and were interested in the article I pub...

3 mensagens anteriores

**Miguel Pereira** 17 de fev

Hello dear Reylon. Firstly I want to say that I'm very happy with your answer...

**Meeks, Reylon A.** <Reylon[REDACTED]@unitypoint.org> 17 de fev

para mim ▾

inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#) [Desativar para: inglês](#) x

You are welcome to use the study that I used for my study on parent presence. Feel free to alter the title in any way that you feel is indicated or necessary for your study.

**Reylon Meeks, RN, MSN**  
Nurse Manager , Blank 3 Pediatrics

**Blank Children's Hospital**  
UnityPoint Health

Blank Children's Hospital | UnityPoint Health – Des Moines

*Print Screen* da mensagem de correio eletrónico enviada por Reylon Meeks

## **Apêndice II**

Questionário – Pré-teste

**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde**

**Título da Investigação:**

“REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS? Presença dos pais durante procedimentos de reanimação – A visão dos enfermeiros do departamento de Urgências/Emergência”


Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira, Enfermeiro a frequentar o X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, vem por este meio solicitar a colaboração dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e/ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos para o preenchimento do presente instrumento de colheita de dados (questionário) no sentido de dar resposta a uma exigência curricular do curso que frequenta, mais concretamente a elaboração de uma dissertação de mestrado. Para tal, agradece igualmente o preenchimento do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que será guardado separadamente do questionário, de modo a obter o seu consentimento, mas também garantir o anonimato e confidencialidade dos dados.

A sua participação apresenta caráter voluntário, evidenciando-se a ausência de prejuízos caso não queira participar. Para aplicação dos questionários e progressão do respetivo estudo, o mesmo merece parecer favorável da instituição que integra.

Como objetivos para este estudo, pretende-se: compreender a problemática inerente à presença dos pais durante a realização de procedimentos de Reanimação Cardiorrespiratória (RCR) aos seus filhos; perceber/analisar, na perspetiva dos profissionais de enfermagem, os aspetos positivos e negativos dos pais presenciarem a RCR dos filhos; criar evidência no contexto nacional que motive a implementação de procedimentos adequados e atualizados em instituições de saúde, no âmbito do acompanhamento de crianças em contexto RCR.

O presente questionário é composto por uma folha (frente e verso) onde consta esta breve explicação do estudo e 16 perguntas de resposta fechada e aberta. Nestas últimas, pretende-se a obtenção de respostas curtas e objetivas, não devendo o tempo de preenchimento exceder os 5 minutos. A análise dos dados assentará posteriormente no método quantitativo e qualitativo, por meio de uma análise de conteúdo.

Muito grato pela compreensão e participação no estudo,

O investigador:  (miguelmp@gmail.com)

**Questionário**

***Presença de familiares durante Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica***

*Tradução/adaptação do questionário utilizado em 2009, num estudo de Reylon Meeks (Enfermeira Especialista no Blank Children's Hospital – Iowa – EUA), intitulado “Staff Survey: Pediatric Trauma Resuscitation”*

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género:

☐ Masculino ☐ Feminino

3. Título Profissional: \_\_\_\_\_

4. Há quanto tempo exerce funções? \_\_\_\_\_



5. Há quanto tempo trabalha num Serviço do departamento de Urgência/Emergência Pediátrica: \_\_\_\_\_

5.1. Qual o Serviço onde exerce funções?

- ☐ Serviço de Urgência Pediátrica  
☐ Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

6. Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?

- ☐ Todos ☐ Alguns: Quais? \_\_\_\_\_ ☐ nenhuns

7. Considera que a presença de familiares membros da família durante procedimentos realizados em contexto de Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica é um direito?

- ☐ Sim ☐ Não

8. Os pais das crianças devem ser autorizados a estar presentes durante todas as fases da Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?

- ☐ Sim ☐ Não

9. Se o meu filho estivesse a ser reanimado, eu gostaria de estar presente?

- ☐ Sim ☐ Não

10. Mencione as suas preocupações relativamente à presença da família durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?

---

---

---

11. Mencione os benefícios da presença da família durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?

---

---

---

12. Sente que a presença da família na Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica pode interferir com os cuidados?

- ☐ Sim ☐ Não

13. É mais provável que continue os esforços para reanimar uma criança em Paragem Cardiorrespiratória se os membros da família estiverem presentes?

- ☐ Sim ☐ Não

14. Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?

- ☐ Sim ☐ Não  
Foi: ☐ Positiva ☐ Negativa

15. Em que momento da Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica, se assim considerar, sente que a família deve estar presente?

- ☐ Nunca  
☐ Na conclusão dos procedimentos invasivos  
☐ Durante toda a Reanimação

16. Algum membro da família já pediu para estar presente durante a Reanimação Cardiorrespiratória?

- ☐ Sim ☐ Não  
Se sim, este esteve presente durante a reanimação? \_\_\_\_\_

## **Apêndice III**

Questionário Final

**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde**

**Título da Investigação:**

“REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS? Presença dos pais durante procedimentos de reanimação – A visão dos enfermeiros do departamento de Urgências/Emergência”


Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira, Enfermeiro a frequentar o X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, vem por este meio solicitar a colaboração dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e/ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos para o preenchimento do presente instrumento de colheita de dados (questionário) no sentido de dar resposta a uma exigência curricular do curso que frequenta, mais concretamente a elaboração de uma dissertação de mestrado. Para tal, agradece igualmente o preenchimento do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que será guardado separadamente do questionário, de modo a obter o seu consentimento, mas também garantir o anonimato e confidencialidade dos dados.

A sua participação apresenta caráter voluntário, evidenciando-se a ausência de prejuízos caso não queira participar. Para aplicação dos questionários e progressão do respetivo estudo, o mesmo merece parecer favorável da instituição que integra.

Como objetivos para este estudo, pretende-se: compreender a problemática inerente à presença dos pais durante a realização de procedimentos de Reanimação Cardiorrespiratória (RCR) aos seus filhos; perceber/analisar, na perspetiva dos profissionais de enfermagem, os aspetos positivos e negativos dos pais presenciarem a RCR dos filhos; criar evidência no contexto nacional que motive a implementação de procedimentos adequados e atualizados em instituições de saúde, no âmbito do acompanhamento de crianças em contexto RCR.

O presente questionário é composto por uma folha (frente e verso) onde consta esta breve explicação do estudo e 16 perguntas de resposta fechada e aberta. Nestas últimas, pretende-se a obtenção de respostas curtas e objetivas, não devendo o tempo de preenchimento exceder os 5 minutos. A análise dos dados assentará posteriormente no método quantitativo e qualitativo, por meio de uma análise de conteúdo.

Muito grato pela compreensão e participação no estudo,

O investigador:  (miguelmp@gmail.com)

## **Questionário**

### ***Presença de familiares durante Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica***

*Tradução/adaptação do questionário utilizado em 2009, num estudo de Reylon Meeks (Enfermeira Especialista no Blank Children's Hospital – Iowa – EUA), intitulado “Staff Survey: Pediatric Trauma Resuscitation”*

1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)
2. Género:  
☐ Masculino   ☐ Feminino
3. Título Profissional: \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo exerce funções? \_\_\_\_\_ (em anos)

5. Há quanto tempo trabalha num Serviço do departamento de Urgência/Emergência Pediátrica:  
☐ Menos de 1 ano   ☐ Entre 1 e 5 anos   ☐ Entre 5 e 10 anos   ☐ Mais de 10 anos
6. Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?  
☐ Todos   ☐ Alguns   ☐ nenhuns
7. Considera que a presença de familiares membros da família durante procedimentos realizados em contexto de Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica é um direito?  
☐ Sim   ☐ Não
8. Os pais das crianças devem ser autorizados a estar presentes durante todas as fases da Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?  
☐ Sim   ☐ Não
9. Se o seu filho estivesse a ser reanimado, gostaria de estar presente?  
☐ Sim   ☐ Não
10. Mencione as suas preocupações relativamente à presença da família durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Mencione os benefícios da presença da família durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Sente que a presença da família na Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica pode interferir com os cuidados?  
☐ Sim   ☐ Não
13. É mais provável que continue os esforços para reanimar uma criança em Paragem Cardiorrespiratória se os membros da família estiverem presentes?  
☐ Sim   ☐ Não
14. Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?  
☐ Sim   ☐ Não
15. Em caso afirmativo, como considera esta experiência:  
☐ Positiva   ☐ Negativa
16. Em que momento da Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica, se assim considerar, sente que a família deve estar presente?  
☐ Nunca  
☐ Na conclusão dos procedimentos invasivos  
☐ Durante toda a Reanimação
17. Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica?  
☐ Sim   ☐ Não
18. Em caso afirmativo, esse membro da família esteve presente durante a reanimação?  
☐ Sim   ☐ Não

## **Apêndice IV**

Carta enviada aos Enfermeiros-Chefes

Ex.<sup>mo(a)</sup> Sr.<sup>(a)</sup> Enfermeiro(a) Chefe do  
Serviço de Urgência Pediátrica

Lisboa, 29 de março de 2016

ASSUNTO: Aplicação de questionário

Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira, Enfermeiro com a cédula profissional 5-e-55529 e atualmente estudante do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, vem por este meio solicitar que sejam aplicados junto dos enfermeiros do serviço de Urgência Pediátrica deste hospital os questionários anexos.

Cada questionário deverá ser preenchido, prevendo-se não ocupar a cada profissional mais do que cinco minutos. Será de extrema importância para o meu estudo obter o máximo de questionários preenchidos. Não obstante, solicitava-lhe que fizesse a aplicação dos questionários no intervalo de uma a duas semanas após a receção dos mesmos de modo a não prolongar demasiado esta fase.

Mais acrescento que, para melhor garantir a confidencialidade dos dados, agradecia que, cada enfermeiro assinasse a folha de consentimento informado e remetesse o conjunto em invólucro próprio.

Para tal, junto um envelope de Correio Verde, devidamente identificado com Remetente e Destinatário, onde devem ser colocados os questionários e as folhas de consentimento, separadamente, e remetidas para mim tão breve quanto possível.

Posteriormente, assim que tiver o meu trabalho concluído pretendo remeter-vos uma cópia do estudo e, assim que oportuno, programar uma apresentação do mesmo no vosso serviço, devolvendo o importante contributo que estão a ter para comigo no presente momento.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

O Investigador



(Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira)

[miguelfmp@gmail.com](mailto:miguelfmp@gmail.com)

## **Apêndice V**

Carta enviada aos Conselhos de Administração/Comissões de Ética

Ex.mo(a) Sr.(a) Presidente do Conselho de Administração (a)  
À Comissão de Ética da Instituição (b)

Lisboa, 14 de março de 2016

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionário

Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira, Enfermeiro com a cédula profissional 5-e-55529 e atualmente estudante do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados (questionário) junto dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e/ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (se existente) deste hospital, com o objetivo de dar resposta a uma exigência curricular do curso que frequenta, mais concretamente a elaboração de uma dissertação de mestrado.

Este estudo de investigação, sob orientação do Professor Paulo Alexandre Faria Boto (paulo.boto@ensp.unl.pt), surgiu no âmbito da temática da Qualidade em Saúde e tem como título “REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS? Presença dos pais durante procedimentos de reanimação : a visão dos enfermeiros do departamento de Urgências/Emergência”.

Como objetivos para este estudo, pretendo deste modo: compreender a problemática inerente à presença dos pais durante a realização de procedimentos de Reanimação Cardiorrespiratória (RCR) aos seus filhos; analisar os aspetos positivos e negativos dos pais presenciarem a RCR dos filhos; perceber a perspetiva dos profissionais de enfermagem sobre a presença dos pais durante procedimento de RCR dos filhos; criar evidência no contexto nacional que motive a implementação de procedimentos adequados e atualizados em instituições de saúde, no âmbito do acompanhamento de crianças em contexto RCR.

Com o compromisso de cumprimento de todas as normas éticas e deontológicas que presidem a este tipo de trabalho, pretendo assim obter o consentimento por parte deste Hospital, no sentido da aplicação do questionário que envio em anexo. Fico à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida, via correio eletrónico para [miguelfmp@gmail.com](mailto:miguelfmp@gmail.com) ou telefónico para o 964404014, bem como da comunicação da vossa decisão para que possa progredir na minha investigação.

Pedindo deferimento.

Agradeço desde já a colaboração e atenção disponibilizada.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

O Discente



(Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira)

[miguelfmp@gmail.com](mailto:miguelfmp@gmail.com)



## **Apêndice VI**

Declaração de Confidencialidade

## Declaração do autor

Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira, Enfermeiro com a cédula profissional 5-e-55529 e atualmente estudante do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, vem por este meio assumir o compromisso de confidencialidade perante as instituições e respetivos profissionais de saúde que participem na investigação intitulada “REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS? Presença dos pais durante procedimentos de reanimação: a visão dos enfermeiros do departamento de Urgências/Emergência”.

A participação dos indivíduos apresenta carácter voluntário, evidenciando-se a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, no caso de não quererem colaborar com o estudo.

O investigador compromete-se a manter o anonimato de cada participante, pelo que os questionários não carecem do registo de dados de identificação e os dados recolhidos servirão exclusivamente para este fim, devendo ser destruídos um ano após a defesa do trabalho em audiência pública.

A investigação tem o parecer favorável por parte da Comissão de Ética/Conselho de Administração deste hospital, que permanecerá sempre no anonimato ao longo da investigação.

Tratando-se este estudo de uma investigação em contexto académico, o mesmo é da exclusiva responsabilidade do investigador que suportará todos os custos.

O investigador nega a existência de quaisquer conflitos de interesse ou outros antes e durante a realização da presente dissertação, na qual manterá sempre a imparcialidade necessária, independentemente das suas competências funcionais.

Por ser verdade e para tornar possível e formal a investigação, o investigador assume tudo aquilo que aqui foi mencionado, por meio da assinatura do presente documento, sendo ainda apresentado aos participantes na descrição da nota introdutória do questionário e do consentimento informado que os mesmos terão que preencher.

Lisboa, 14 de março de 2016

O Investigador



(Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira)

[miguelfmp@gmail.com](mailto:miguelfmp@gmail.com)

## **Apêndice VII**

Impresso de Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO  
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** “REANIMAR COM OS PAIS... PESSOAS A MAIS? Presença dos pais durante procedimentos de reanimação – A visão dos enfermeiros do departamento de Urgências/Emergência”.

**Enquadramento:** O Presente estudo realiza-se no âmbito do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, que decorre na Escola Nacional de Saúde Pública (2014-2016), por forma a realizar a Dissertação final de Mestrado do discente, sob orientação do Professor Paulo Alexandre Faria Boto (paulo.boto@ensp.unl.pt).

**Explicação do estudo:** A colheita de dados para o estudo assenta no preenchimento de um questionário a ser apresentado aos Enfermeiros dos Serviços de Urgência Pediátrica selecionados por conveniência. Para tal, será necessária a colaboração das chefias de enfermagem, privilegiando a participação voluntária de cada profissional. Findo o período de colheita de dados, os questionários serão enviados em correio registado ao cuidado do investigador que irá proceder a uma análise de conteúdo quantitativa e qualitativamente, comprometendo-se a destruí-los um ano após a conclusão do estudo. Como objetivos para este estudo, pretende-se: compreender a problemática inerente à presença dos pais durante a realização de procedimentos de Reanimação Cardiorrespiratória (RCR) aos seus filhos; perceber/analisar, na perspetiva dos profissionais de enfermagem, os aspetos positivos e negativos dos pais presenciarem a RCR dos filhos; criar evidência no contexto nacional que motive a implementação de procedimentos adequados e atualizados em instituições de saúde, no âmbito do acompanhamento de crianças em contexto RCR.

**Condições e financiamento:** O financiamento do estudo, tratando-se de uma investigação em contexto académico é da exclusiva responsabilidade do investigador que suportará todos os gastos, nomeadamente relacionados com o envio de documentos entre si e as entidades a incluir no estudo. A participação dos indivíduos inquiridos apresenta caráter voluntário, evidenciando-se a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Para aplicação dos questionários e progressão do respetivo estudo, o mesmo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética/Conselho de Administração do presente Hospital.

**Confidencialidade e anonimato:** Aos profissionais que desejem colaborar com o estudo, será dada garantia expressa de confidencialidade dos dados, comprometendo-se o investigador a utilizar os dados recolhidos exclusivamente para este fim, com garantia de anonimato, pelo que não carece do registo de dados de identificação. Para além do supramencionado, todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Muito grato pela compreensão e participação no estudo que pretende desenvolver,  
O investigador:

Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira

Estudante do X Curso de Mestrado em Gestão da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública;  
Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital  
Dona Estefânia

Contacto: 964404014; Endereço de Correio Eletrónico: miguelmp@gmail.com

**Assinatura:**

*Firmino Miguel de Almeida Aguilar Pereira*

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações anexas que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: .....

BI/CD N.º: ..... DATA OU VALIDADE ..... / ..... / .....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## **Apêndice VIII**

Folhas de saída da análise estatística do IBM® SPSS® 22.0

GET

FILE='C:\Users\MiguelFMP\Desktop\questionário mestrado.sav'.

DATASET NAME Conjunto\_de\_dados1 WINDOW=FRONT.

FREQUENCIES VARIABLES=v1\_idade v2\_gênero v3\_tit\_prof v4\_tempo\_funcoes v5\_tempo\_urg

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE

/BARCHART FREQ

/ORDER=ANALYSIS.

## Frequências

Estatísticas						
		1-Idade	2-Gênero	3-Título profissional	4-Há quanto tempo exerce funções?	5-Há quanto tempo trabalha num serviço de Urgência/Emergência Pediátrica?
N	Válido	131	131	131	131	131
	Ausente	0	0	0	0	0
Média		37,47	1,8168	1,24	13,98	2,9695
Mediana		35,00	2,0000	1,00	11,00	3,0000
Modo		32	2,00	1	10	4,00
Desvio Padrão		8,612	,38832	,431	8,142	1,03730
Variância		74,174	,151	,186	66,299	1,076
Mínimo		23	1,00	1	1	1,00
Máximo		62	2,00	2	36	4,00

## Tabela de Frequência

1-Idade					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	23	1	,8	,8	,8
	24	2	1,5	1,5	2,3
	26	1	,8	,8	3,1
	27	5	3,8	3,8	6,9
	28	7	5,3	5,3	12,2
	29	3	2,3	2,3	14,5
	30	10	7,6	7,6	22,1
	31	9	6,9	6,9	29,0
	32	12	9,2	9,2	38,2
	33	4	3,1	3,1	41,2
	34	10	7,6	7,6	48,9
	35	7	5,3	5,3	54,2
	36	3	2,3	2,3	56,5
	37	3	2,3	2,3	58,8
	38	3	2,3	2,3	61,1
	39	3	2,3	2,3	63,4
	40	5	3,8	3,8	67,2
	41	2	1,5	1,5	68,7
	42	4	3,1	3,1	71,8
	43	5	3,8	3,8	75,6
	44	4	3,1	3,1	78,6
	45	4	3,1	3,1	81,7
	46	1	,8	,8	82,4
	47	4	3,1	3,1	85,5
	48	2	1,5	1,5	87,0
	50	2	1,5	1,5	88,5
	51	3	2,3	2,3	90,8
	52	4	3,1	3,1	93,9
	53	2	1,5	1,5	95,4
	54	2	1,5	1,5	96,9
	57	1	,8	,8	97,7
	58	1	,8	,8	98,5
	60	1	,8	,8	99,2
	62	1	,8	,8	100,0
Total		131	100,0	100,0	

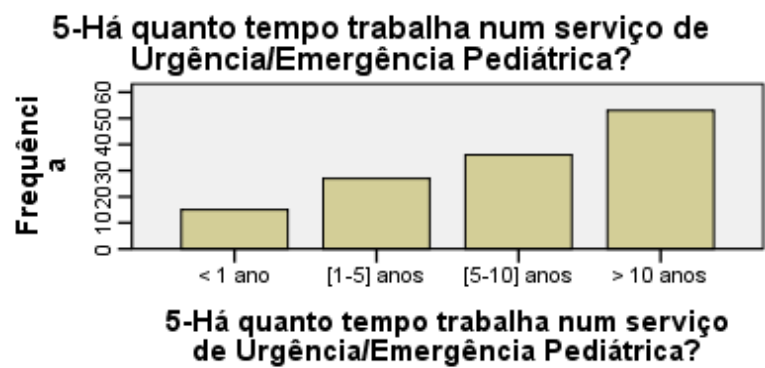
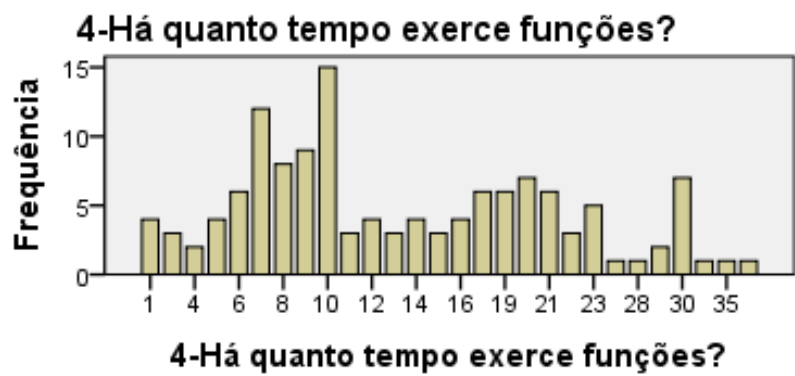
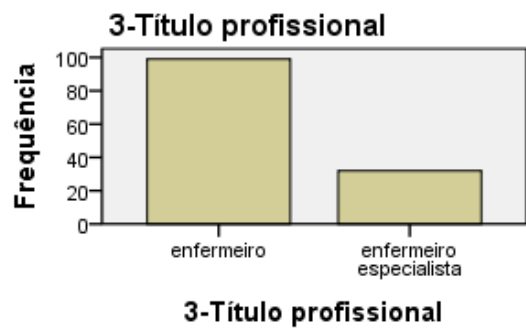
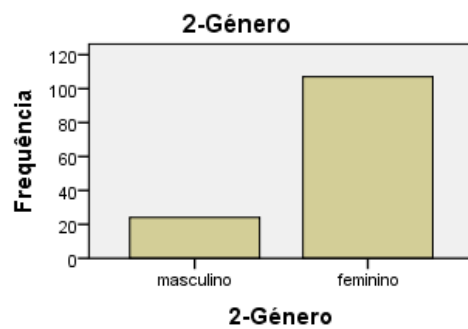
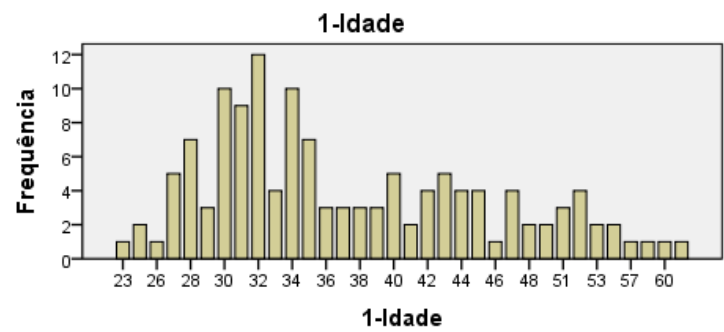
2-Gênero					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	masculino	24	18,3	18,3	18,3
	feminino	107	81,7	81,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

3-Título profissional					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	enfermeiro	99	75,6	75,6	75,6
	enfermeiro especialista	32	24,4	24,4	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

4-Há quanto tempo exerce funções?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	1	4	3,1	3,1	3,1
	2	3	2,3	2,3	5,3
	4	2	1,5	1,5	6,9
	5	4	3,1	3,1	9,9
	6	6	4,6	4,6	14,5
	7	12	9,2	9,2	23,7
	8	8	6,1	6,1	29,8
	9	9	6,9	6,9	36,6
	10	15	11,5	11,5	48,1
	11	3	2,3	2,3	50,4
	12	4	3,1	3,1	53,4
	13	3	2,3	2,3	55,7
	14	4	3,1	3,1	58,8
	15	3	2,3	2,3	61,1
	16	4	3,1	3,1	64,1
	18	6	4,6	4,6	68,7
	19	6	4,6	4,6	73,3
	20	7	5,3	5,3	78,6
	21	6	4,6	4,6	83,2
	22	3	2,3	2,3	85,5
	23	5	3,8	3,8	89,3
	25	1	,8	,8	90,1
	28	1	,8	,8	90,8
	29	2	1,5	1,5	92,4
	30	7	5,3	5,3	97,7
	32	1	,8	,8	98,5
	35	1	,8	,8	99,2
	36	1	,8	,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

5-Há quanto tempo trabalha num serviço de Urgência/Emergência Pediátrica?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	< 1 ano	15	11,5	11,5	11,5
	[1-5] anos	27	20,6	20,6	32,1
	[5-10] anos	36	27,5	27,5	59,5
	> 10 anos	53	40,5	40,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

**Gráfico de barras**





DESCRIPTIVES VARIABLES=v1\_idade v2\_g nero v3\_tit\_prof v4\_tempo\_funcoes v5\_tempo\_urg  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descritivos

Estatísticas descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1-Idade	131	23	62	37,47	8,612
2-G�nero	131	1,00	2,00	1,8168	,38832
3-Título profissional	131	1	2	1,24	,431
4-Há quanto tempo exerce funções?	131	1	36	13,98	8,142
5-Há quanto tempo trabalha num serviço de Urgência/Emergência Pediátrica?	131	1,00	4,00	2,9695	1,03730
N válido (de lista)	131				

DESCRIPTIVES VARIABLES=v1\_idade v4\_tempo\_funcoes  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descritivos

Estatísticas descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1-Idade	131	23	62	37,47	8,612
4-Há quanto tempo exerce funções?	131	1	36	13,98	8,142
N válido (de lista)	131				

FREQUENCIES VARIABLES=v1\_idade v4\_tempo\_funcoes  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
/PIECHART FREQ  
/ORDER=ANALYSIS.

Frequências

Estatísticas			
		1-Idade	4-Há quanto tempo exerce funções?
N	Válido	131	131
	Ausente	0	0
Média		37,47	13,98
Mediana		35,00	11,00
Modo		32	10
Desvio Padrão		8,612	8,142
Mínimo		23	1
Máximo		62	36

FREQUENCIES VARIABLES=v6\_membros\_presentes  
/PIECHART FREQ  
/ORDER=ANALYSIS.

Frequências

Estatísticas		
6-Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de RCRP?		
N	Válido	131
	Ausente	0

6-Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de RCRP?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Todos	27	20,6	20,6	20,6
	Alguns	75	57,3	57,3	77,9
	Nenhuns	29	22,1	22,1	100,0
	Total	131	100,0	100,0	



FREQUENCIES VARIABLES=v7\_direito\_presença v8\_presença\_todas\_fases v\_9eu\_presença\_filho v\_12presença\_interferir v\_13continuar\_esforços v\_14experiência\_passada v\_15se\_experiência v\_17algum\_membro\_pedi v\_18se\_pediou\_esteve\_presente /ORDER=ANALYSIS.

Frequências

Estatísticas									
7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?		8-Os pais da criança devem ser autorizados a estar presentes durante todas as fases da RCR Pediátrica?	9-Se o seu filho estivesse a ser reanimado gostaria de estar presente?	12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?	13-É mais provável que continue os esforços para reanimar uma criança em PCR se os membros da família estiverem presentes?	14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?	17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?
N	Válido	130	130	126	131	131	131	74	127
	Ausente	1	1	5	0	0	0	57	4

Tabela de Frequência

7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?				
		Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	115	87,8	88,5
	Não	15	11,5	100,0
	Total	130	99,2	
Ausente	Sistema	1	,8	
Total		131	100,0	

**8-Os pais da criança devem ser autorizados a estar presentes durante todas as fases da RCR Pediátrica?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	80	61,1	61,5	61,5
	Não	50	38,2	38,5	100,0
	Total	130	99,2	100,0	
Ausente	Sistema	1	,8		
Total		131	100,0		

**9-Se o seu filho estivesse a ser reanimado gostaria de estar presente?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	83	63,4	65,9	65,9
	Não	43	32,8	34,1	100,0
	Total	126	96,2	100,0	
Ausente	Sistema	5	3,8		
Total		131	100,0		

**12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	92	70,2	70,2	70,2
	Não	39	29,8	29,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

**13-É mais provável que continue os esforços para reanimar uma criança em PCR se os membros da família estiverem presentes?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	56	42,7	42,7	42,7
	Não	75	57,3	57,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

**14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	74	56,5	56,5	56,5
	Não	57	43,5	43,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

**15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Positiva	58	44,3	78,4	78,4
	Negativa	16	12,2	21,6	100,0
	Total	74	56,5	100,0	
Ausente	Sistema	57	43,5		
Total		131	100,0		

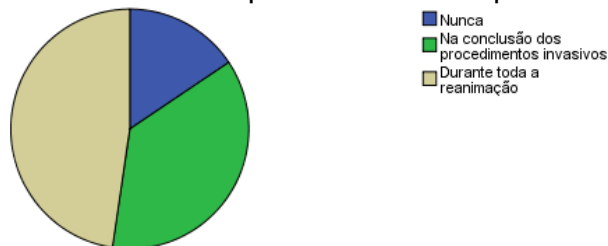
FREQUENCIES VARIABLES=v\_16qual\_momento\_presente  
 /PIECHART FREQ  
 /ORDER=ANALYSIS.

## Frequências

Estatísticas		
16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?		
N	Válido	128
	Ausente	3

16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nunca	20	15,3	15,6	15,6
	Na conclusão dos procedimentos invasivos	47	35,9	36,7	52,3
	Durante toda a reanimação	61	46,6	47,7	100,0
	Total	128	97,7	100,0	
Ausente	Sistema	3	2,3		
Total		131	100,0		

16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?



CROSSTABS  
 /TABLES=v\_14experiência\_passada BY v\_15se\_experiência  
 /FORMAT=AVALUE TABLES  
 /STATISTICS=CHISQ  
 /CELLS=COUNT ROW  
 /COUNT ROUND CELL.

## Tabulações cruzadas

### Advertências

Nenhuma medida de associação foi calculada para a tabulação cruzada de 14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP? \* 15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?. Pelo menos uma variável em cada tabela bidirecional, com base na qual as medidas de associação são computadas, é uma constante.

### Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP? * 15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?	74	56,5%	57	43,5%	131	100,0%

**14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP? \* 15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência? Tabulação cruzada**

			15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?		Total
			Positiva	Negativa	
14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	Sim	Contagem	58	16	74
		% em 14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	78,4%	21,6%	100,0%
Total		Contagem	58	16	74
		% em 14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	78,4%	21,6%	100,0%

FREQUENCIES VARIABLES=v\_17algum\_membro\_pedi v\_18se\_pedi esteve presente  
 /PIECHART FREQ  
 /ORDER=ANALYSIS.

## Frequências

Estatísticas		
		17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?
		18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?
N	Válido	127
	Ausente	4

## Tabela de Frequência

17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?					
			Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim		61	46,6	48,0
	Não		66	50,4	52,0
	Total		127	96,9	100,0
Ausente	Sistema		4	3,1	
Total			131	100,0	

18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?					
			Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim		49	37,4	80,3
	Não		12	9,2	19,7
	Total		61	46,6	100,0
Ausente	Sistema		70	53,4	
Total			131	100,0	

## CROSSTABS

/TABLES=v\_17algum\_membro\_pedi BY v\_18se\_pedi esteve presente  
 /FORMAT=AVALUE TABLES  
 /STATISTICS=CHISQ  
 /CELLS=COUNT ROW  
 /COUNT ROUND CELL.

## Tabulações cruzadas

### Advertências

Nenhuma medida de associação foi calculada para a tabulação cruzada de 17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? \* 18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?. Pelo menos uma variável em cada tabela bidirecional, com base na qual as medidas de associação são computadas, é uma constante.

### Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? * 18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?	61	46,6%	70	53,4%	131	100,0%

### 17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? \* 18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente? Tabulação cruzada

			18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?		
			Sim	Não	Total
17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	Sim	Contagem	49	12	61
		% em 17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	80,3%	19,7%	100,0%
Total		Contagem	49	12	61
		% em 17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	80,3%	19,7%	100,0%

RECODE v5\_tempo\_urg (Lowest thru 2=1) (3 thru Highest=2) INTO SUP\_anos.

VARIABLE LABELS SUP\_anos 'Trabalha num SUP há - ou + de 5 anos'.

EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=SUP\_anos

/ORDER=ANALYSIS.

## Frequências

### Estatísticas

Trabalha num SUP há - ou + de 5 anos

N	Válido	131
	Ausente	0

### Trabalha num SUP há - ou + de 5 anos

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1,00	42	32,1	32,1
	2,00	89	67,9	100,0
Total		131	100,0	100,0

## CROSSTABS

/TABLES=v7\_direito\_presença BY v6\_membros\_presentes

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito? * 6-Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de RCRP?	130	99,2%	1	0,8%	131	100,0%

**7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito? \* 6-Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de RCRP? Tabulação cruzada**

			6-Considera que os membros da família devem estar presentes durante procedimentos realizados em contexto de RCRP?			
			Todos	Alguns	Nenhuns	Total
7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?	Sim	Contagem	27	72	16	115
		% em 7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?	23,5%	62,6%	13,9%	100,0%
	Não	Contagem	0	3	12	15
		% em 7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
Total	Contagem		27	75	28	130
	% em 7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?		20,8%	57,7%	21,5%	100,0%

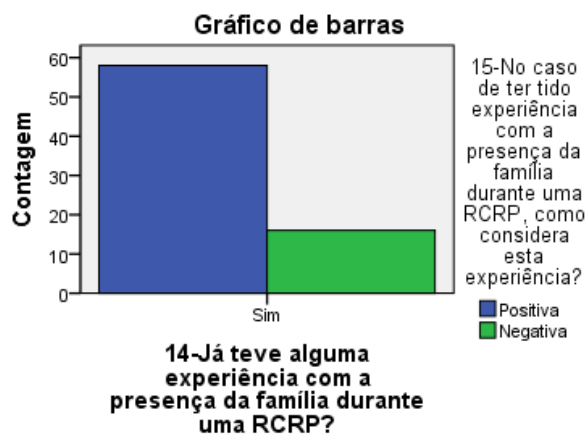
Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	34,604 <sup>a</sup>	2	,000
Razão de verossimilhança	29,549	2	,000
Associação Linear por Linear	24,970	1	,000
N de Casos Válidos	130		

a. 2 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,12.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP? * 15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?	74	56,5%	57	43,5%	131	100,0%

14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP? * 15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência? Tabulação cruzada					
			15-No caso de ter tido experiência com a presença da família durante uma RCRP, como considera esta experiência?		
			Positiva	Negativa	Total
14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	Sim	Contagem	58	16	74
		% em 14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	78,4%	21,6%	100,0%
Total		Contagem	58	16	74
		% em 14-Já teve alguma experiência com a presença da família durante uma RCRP?	78,4%	21,6%	100,0%



CROSSTABS

/TABLES=v\_17algum\_membro\_pedi BY v\_18se\_pedi esteve presente

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

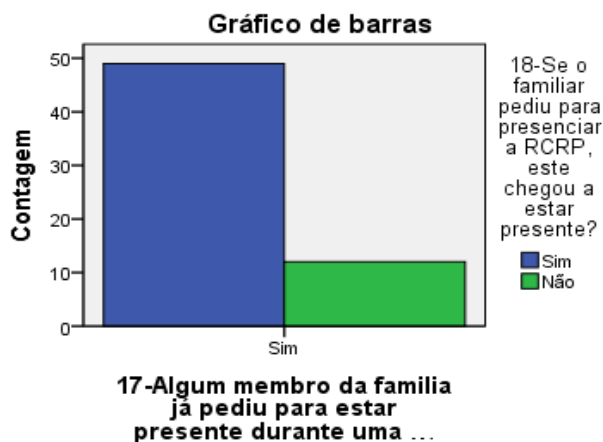


## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? * 18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?	61	46,6%	70	53,4%	131	100,0%

**17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP? \* 18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente? Tabulação cruzada**

		18-Se o familiar pediu para presenciar a RCRP, este chegou a estar presente?		Total	
		Sim	Não		
17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	Sim	Contagem	49	12	61
		% em 17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	80,3%	19,7%	100,0%
Total		Contagem	49	12	61
		% em 17-Algum membro da família já pediu para estar presente durante uma RCRP?	80,3%	19,7%	100,0%



CROSSTABS

/TABLES=v3\_tit\_prof BY v7\_direito\_presença

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso					
	Casos				
	Válido		Ausente		Total
	N	Percentagem	N	Percentagem	N Percentagem
3-Título profissional * 7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?	130	99,2%	1	0,8%	131 100,0%

**3-Título profissional \* 7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito? Tabulação cruzada**

		7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?		Total
		Sim	Não	
3-Título profissional	enfermeiro	Contagem 83	15	98
		% em 3-Título profissional 84,7%	15,3%	100,0%
	enfermeiro especialista	Contagem 32	0	32
		% em 3-Título profissional 100,0%	0,0%	100,0%
Total		Contagem 115	15	130
		% em 3-Título profissional 88,5%	11,5%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	5,537 <sup>a</sup>	1	,019		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	4,139	1	,042		
Razão de verossimilhança	9,098	1	,003		
Teste Exato de Fisher				,021	,011
Associação Linear por Linear	5,494	1	,019		
N de Casos Válidos	130				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,69.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2



CROSSTABS

/TABLES=v3\_tit\_prof BY v\_12presença\_interferir

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
3-Título profissional * 12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

### 3-Título profissional \* 12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?

Tabulação cruzada					
			12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?		
			Sim	Não	Total
3-Título profissional	enfermeiro	Contagem	73	26	99
		% em 3-Título profissional	73,7%	26,3%	100,0%
	enfermeiro especialista	Contagem	19	13	32
		% em 3-Título profissional	59,4%	40,6%	100,0%
Total		Contagem	92	39	131
		% em 3-Título profissional	70,2%	29,8%	100,0%

Testes qui-quadrado					
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2,386 <sup>a</sup>	1	,122		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	1,748	1	,186		
Razão de verossimilhança	2,299	1	,129		
Teste Exato de Fisher				,181	,095
Associação Linear por Linear	2,368	1	,124		
N de Casos Válidos	131				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,53.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### CROSSTABS

/TABLES=v3\_tit\_prof BY v\_16qual\_momento\_presente

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
3-Título profissional * 16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?	128	97,7%	3	2,3%	131	100,0%

**3-Título profissional \* 16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente? Tabulação cruzada**

			16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?			
			Na conclusão dos procedimentos invasivos		Durante toda a reanimação	Total
			Nunca			
3-Título profissional	enfermeiro	Contagem	17	39	40	96
		% em 3-Título profissional	17,7%	40,6%	41,7%	100,0%
	enfermeiro especialista	Contagem	3	8	21	32
		% em 3-Título profissional	9,4%	25,0%	65,6%	100,0%
Total	Contagem		20	47	61	128
	% em 3-Título profissional		15,6%	36,7%	47,7%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	5,553 <sup>a</sup>	2	,062
Razão de verossimilhança	5,618	2	,060
Associação Linear por Linear	4,683	1	,030
N de Casos Válidos	128		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,00.



STRING Anos\_Sup (A8).

RECODE v5\_tempo\_urg (Lowest thru 2='5 anos') (3 thru Highest='>=5anos') INTO Anos\_Sup.

VARIABLE LABELS Anos\_Sup 'Experiência Profissional num SUP'.

EXECUTE.

CROSSTABS

/TABLES=Anos\_Sup BY v7\_direito\_presença

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Experiência Profissional num SUP * 7- Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?	130	99,2%	1	0,8%	131	100,0%

**Experiência Profissional num SUP \* 7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito? Tabulação cruzada**

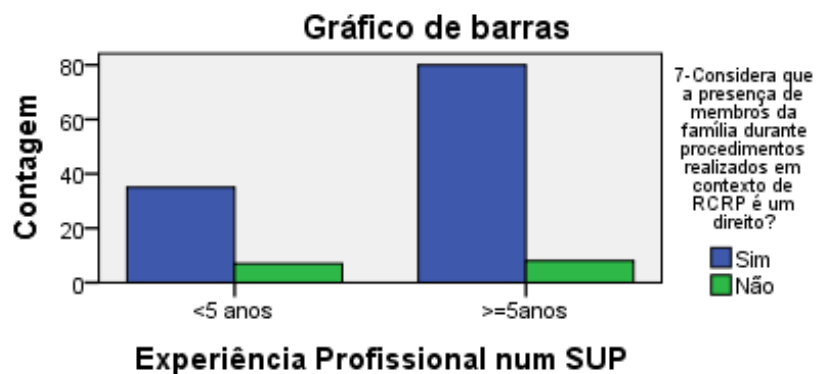
			7-Considera que a presença de membros da família durante procedimentos realizados em contexto de RCRP é um direito?		Total
			Sim	Não	
Experiência Profissional num SUP	<5 anos	Contagem	35	7	42
		% em Experiência Profissional num SUP	83,3%	16,7%	100,0%
	≥5anos	Contagem	80	8	88
		% em Experiência Profissional num SUP	90,9%	9,1%	100,0%
Total	Contagem		115	15	130
	% em Experiência Profissional num SUP		88,5%	11,5%	100,0%

**Testes qui-quadrado**

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,599 <sup>a</sup>	1	,206		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	,943	1	,332		
Razão de verossimilhança	1,520	1	,218		
Teste Exato de Fisher				,244	,165
N de Casos Válidos	130				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,85.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2



## CROSSTABS

```

/TABLES=Anos_Sup BY v_12presença_interferir
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL
/BARCHART.
  
```

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso						
	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Experiência Profissional num SUP * 12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?	131	100,0%	0	0,0%	131	100,0%

### Experiência Profissional num SUP \* 12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados? Tabulação cruzada

			12-Sente que a presença da família na RCR Pediátrica pode interferir nos cuidados?		
			Sim	Não	Total
Experiência Profissional num SUP	<5 anos	Contagem	33	9	42
		% em Experiência Profissional num SUP	78,6%	21,4%	100,0%
	>=5anos	Contagem	59	30	89
		% em Experiência Profissional num SUP	66,3%	33,7%	100,0%
Total		Contagem	92	39	131
		% em Experiência Profissional num SUP	70,2%	29,8%	100,0%

### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	2,058 <sup>a</sup>	1	,151		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	1,512	1	,219		
Razão de verossimilhança	2,134	1	,144		
Teste Exato de Fisher				,219	,108
N de Casos Válidos	131				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,50.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2



CROSSTABS

/TABLES=Anos\_Sup BY v\_16qual\_momento\_presente

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

## Tabulações cruzadas

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Experiência Profissional num SUP * 16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?	128	97,7%	3	2,3%	131	100,0%

Experiência Profissional num SUP \* 16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente? Tabulação cruzada

16-Em que momento da RCRP sente que a família deve estar presente?						
			Nunca	Na conclusão dos procedimentos invasivos	Durante toda a reanimação	Total
Experiência Profissional num SUP	<5 anos	Contagem	7	16	16	39
		% em Experiência Profissional num SUP	17,9%	41,0%	41,0%	100,0%
	>=5anos	Contagem	13	31	45	89
		% em Experiência Profissional num SUP	14,6%	34,8%	50,6%	100,0%
Total	Contagem		20	47	61	128
	% em Experiência Profissional num SUP		15,6%	36,7%	47,7%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	,995 <sup>a</sup>	2	,608
Razão de verossimilhança	,999	2	,607
N de Casos Válidos	128		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,09.



## **ANEXOS**



## **Anexo I**

Questionário original (Meeks, 2009)

### Staff Survey: Pediatric Trauma Resuscitation

1. Age: \_\_\_\_\_
2. Gender. ☐ Male ☐ Female
3. Professional Title \_\_\_\_\_
4. How long have you been in practice? \_\_\_\_\_
5. How long have you cared for pediatric trauma patients?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Do you believe family members should be present during procedures performed during a pediatric trauma resuscitation? ☐ All ☐ Some ☐ None  
If so, which ones? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Do you believe family presence during pediatric trauma resuscitation is a right? ☐ Yes ☐ No
8. Parents of children should be allowed to be present during all phases of trauma resuscitation? ☐ Yes ☐ No
9. If my child were being resuscitated, I would want to be present. ☐ Yes ☐ No
10. List your concerns of family presence during pediatric trauma resuscitation. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. List the benefits of family presence during pediatric trauma resuscitation. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Do you feel family presence in pediatric trauma resuscitation would interfere with care? ☐ Yes ☐ No
13. I would be more likely to continue heroic efforts to resuscitate a pediatric trauma victim if family members were present. ☐ Yes ☐ No
14. Have you had an experience with family presence during a trauma resuscitation? ☐ Yes ☐ No  
Was it positive? \_\_\_\_\_ Negative? \_\_\_\_\_
15. At what time during pediatric trauma resuscitation, if any, do you feel the family should be present?  
☐ Never  
☐ At completion of invasive procedures  
☐ During the entire resuscitation
16. Has any family member requested to be present during a trauma resuscitation? ☐ Yes ☐ No  
If yes, was the family member present during the resuscitation? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_